



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización en Clínica

La Autoeficacia en la Violencia de Género, en una
Comunidad del Estado de México

Práctica Supervisada

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Alejandra Edith Torres Fonseca

Director: Mtra. Christian Sandoval Espinoza

Vocal: Lic. Alicia Ivet Flores Elvira

Secretario: Lic. Edith González Santiago

Suplente 1: Lic. Vanessa del Carmen González De La O

Suplente 2: Mtro. J. Jesús Becerra Ramírez



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, a 05 de diciembre de 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Índice

RESUMEN	4
ABSTRACT	4
MARCO TEÓRICO	5
CAPÍTULO 1. Situación general de la violencia de género en México	5
1.1 Antecedentes de estudio.....	6
1.2 Concepto de violencia	9
1.3 Concepto de género.	12
1.4 Definición de la violencia de género.....	14
1.5 Tipos de violencia en la relación de pareja.....	17
1.6 El ciclo de la violencia en relaciones de pareja.....	19
1.7 Epidemiología e incidencia	22
1.8 Factores precursores, detonantes y de mantenimiento.....	24
1.9 Teorías explicativas	27
1.10 Consecuencias de la violencia de género	30
1.11 Abordaje psicológico.....	32
1.12 Abordaje multidisciplinar	34
CAPÍTULO 2. Intervención Psicológica en la violencia de género	37
2.1 Modelo Ecológico.....	37
2.2 Modelo Intrapsíquico.....	38
2.3 Modelo de Aprendizaje Social.....	38
2.4 Modelo Género-Sensitivo.....	39
CAPÍTULO 3. Concepto de autoeficacia percibida	41
3.1 Modelo de autoeficacia percibida.....	42
3.2 Tratamiento desde la autoeficacia percibida en la violencia de género	43
MÉTODO	45
Justificación	45
Planteamiento del problema.....	47
Pregunta de investigación	48
Objetivos	48
Hipótesis	49
Variables	50
Escenario	51

<i>Muestreo y muestra</i>	52
<i>Diseño del estudio</i>	52
<i>Instrumentos</i>	53
<i>Procedimiento</i>	56
<i>CARTA DESCRIPTIVA Esquema de trabajo</i>	58
RESULTADOS	60
Tabla 1. Datos socioeconómicos de la participante 1.	60
Tabla 2. Datos socioeconómicos de la participante 2.	61
Tabla 3. Datos socioeconómicos de la participante 3.	62
<i>Presentación de Resultados</i>	63
<i>PRE-Evaluación</i>	68
<i>POST-Evaluación</i>	73
CONCLUSIONES	80
REFERENCIAS bibliográficas:	82
ANEXOS	90

La Autoeficacia en la Violencia de Género, en una Comunidad del Estado de México.

RESUMEN

La baja percepción de la autoeficacia en las mujeres impide en la mayoría de los casos, la apreciación de focos de alerta que se presentan en las relaciones de pareja inclusive desde el noviazgo. Tanto mujeres como hombres pueden convertirse en víctimas y/o agresores de actos de violencia; sin embargo, es la mujer quien constantemente la padece, no importando su estatus económico, nivel de estudios o edad. El Estado de México es uno de los estados con mayor índice de feminicidios y violencia de género. Este trabajo cumplió con el objetivo de evaluar y brindar asesoría psicológica a 3 mujeres mayores de edad, originarias de la comunidad de San Antonio el Llanito Estado de México, víctimas de violencia de género, basado en el modelo de autoeficacia percibida, mediante el diseño de estudio N=1. Los resultados se presentan mediante la estadística descriptiva; develando que el impacto en la promoción de autoeficacia puede facilitar en las mujeres víctimas de violencia de género medidas de autocuidado.

Palabras Clave: Autoeficacia, violencia de género, alerta, asesoría psicológica.

ABSTRACT

The low perception of self-efficacy in women prevents, in most cases, the appreciation of alert foci that occur in couple relationships even from dating. Both women and men can become victims and / or aggressors of acts of violence; However, it is the woman who constantly suffers from it, regardless of economic status, level of education or age. The state of Mexico is one of the states with the highest rate of femicide and gender violence. This work met the objective of evaluating and providing psychological advice to 3 women of legal age, originating in the community of San Antonio el Llanito State of Mexico, victims of gender violence, based on the perceived self-efficacy model, through the design of study N = 1. The results are presented by descriptive statistics; revealing that the impact on the promotion of self-efficacy can facilitate self-care measures for women victims of gender violence.

Keywords: Self-efficacy, gender violence, alert, psychological counseling.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1. Situación general de la violencia de género en México

En nuestro país la década de los años setenta estuvo marcada por las primeras manifestaciones del movimiento feminista en contra de la violencia hacia las mujeres. Estas manifestaciones tuvieron eco en los debates que se han dado en el ámbito internacional, particularmente los encausados a la discusión de los derechos humanos. Es a partir de estos debates que los gobiernos llegan a reconocer a la violencia contra las mujeres como una cuestión de política pública, y que tanto los mecanismos nacionales de la mujer como otras instancias gubernamentales se ocupan del diseño de planes para su prevención y erradicación (CEPAL, 2006; como se indica en: LXI Legislatura Cámara de Diputados, 2012), esta característica del feminismo contemporáneo produjo, sin proponérselo, por supuesto, una primera tensión entre el ámbito institucional y profesional de producción de conocimientos, sus reglas y procedimientos y las organizaciones de mujeres urgidas de información, de respuestas y de soluciones para las diversas problemáticas que constituyen el fenómeno de la subordinación femenina. La violencia de género es, quizá, la que mejor ejemplifica esta primera tensión (INMUJERES, 2004). Es así, como nuestro país empieza a tener los primeros acercamientos hacia la indagación de la violencia ejercida contra las mujeres, pues, si bien, la violencia de género incluye hombres y mujeres, estas últimas han sufrido a nivel mundial un fuerte impacto de la violencia por parte del género masculino; sin embargo, vale la pena echar un vistazo hacia algunos precedentes relacionados con la violencia para comprender por qué hemos llegado a situaciones tan alarmantes hoy día en nuestro país.

1.1 Antecedentes de estudio

De acuerdo con Ayala y Hernández 2012, basándose en los trabajos de Menacho 2006, indican que, desde tiempos de nuestros ancestros, la violencia ha sido considerada como parte de la cultura y, en cierto modo, se acepta como integrante de la formación familiar; el comportamiento violento y agresivo ha estado presente a través de toda la historia y ha quedado grabado en diversos escritos, afirmando estos autores que:

“La violencia es tan vieja como el mundo, está vinculada a los orígenes, evolución y desarrollo del hombre. Desde la antigüedad se hayan referencias sobre ello, en escritos de filósofos y pensadores como: Anaximandro, Heráclito y sofistas, del mismo modo que es reflejado por artistas, en diferentes manifestaciones de otros tiempos, ya sean narrativos o escultores”.

Por otra parte, Blair, 2009, nos dice que la mayoría de las reflexiones señalan los siglos XVIII y XIX como la época de mayor expansión del pensamiento sobre la violencia con autores como Rousseau, Marx y Engels, esta perspectiva cubre desde el análisis de las guerras, de los conflictos armados y los estudios sobre el terrorismo, hasta el campo de las relaciones internacionales. Con todo, ella no sirve para aludir a otras formas de violencia. En esta misma dimensión habría que incluir también a la polemología, fundada en Francia por Gastón Bouthoul, en los años siguientes a la Segunda Guerra Mundial, y definida como el estudio de las dos caras, es decir, la guerra y la paz, definida también, como el estudio de los conflictos y de la violencia, en sus relaciones con la vida de los hombres y de los grupos.

La violencia en la vida de los hombres y de los grupos se aprecia en el devenir histórico, diversos estudios respecto a actos que ejercen violencia de distinta naturaleza donde existe una fuerte influencia del género masculino sobre la mujer, siendo latente el dominio del hombre en las distintas sociedades. Ayala y Hernández 2012, nos muestran algunos casos donde se ve este gran dominio, en la religión, por ejemplo, también se apoya la idea de que la mujer por naturaleza es más débil

e inferior a los hombres, otro ejemplo lo podemos ver en el sati entre los hindúes (que exige que la viuda se ofrezca en la pira funeraria de su marido), el infanticidio femenino en la cultura china e india dominadas por hombres, los matrimonios concertados entre los musulmanes, que pueden llevar al asesinato o a la tortura de la mujer, y la esclavitud doméstica en el nuevo hogar indican la presencia endémica de sexismo y violencia doméstica masculina, en el matrimonio tradicional la mujer estaba destinada a dar hijos, principalmente varones, así como criarlos y ocuparse, al mismo tiempo, de las tareas del hogar, en la legislación romana base de la sociedad occidental, la mujer era una posesión del marido y como tal no tenía control legal sobre su persona, recursos e hijos. En la edad media bajo la legislación feudal, las tierras se heredaban por líneas masculinas e implicaban poder político, favoreciendo aún más la subordinación de la mujer. De acuerdo con lo anterior no cabe duda que el género femenino siempre ha quedado en un nivel por debajo del masculino (Ayala y Hernández, 2012).

De modo que la violencia es concebida como un ente universal que ha ido adquiriendo un andamiaje que desemboca en diferentes puntos de la vida del hombre, que toma expresiones como: la violencia social, la violencia política, la violencia laboral, la violencia estudiantil, la violencia de pareja y de género, entre otras.

Por lo que y para fines del presente trabajo, retomo la violencia de pareja y de género por ser un fenómeno de gran relevancia en nuestro país y en el mundo, tanto por su magnitud e impacto en términos poblacionales, como por la presencia de hechos extremos de discriminación de género entre estos el feminicidio; e incluso como una expresión de violencia misógina, que ocurre en muchas entidades federativas de nuestro país y que tiene profundas raíces culturales (SSA, 2006).

En México, la primera herramienta oficial con la que se contó para empezar a conocer la magnitud de la violencia ejercida contra las mujeres, fue la Encuesta Nacional sobre Dinámicas de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH, elaborada por INMUJERES, 2003) que, aunque limitada en varios aspectos, comenzó a dar luces de la verdadera dimensión del fenómeno a escala nacional y en las entidades

federativas; a su vez, aun cuando hasta la fecha no se cuenta con mecanismos oficiales de registro y estadística, múltiples agrupaciones civiles llevan más de 17 años documentando casos de violencia feminicida donde Chihuahua y, específicamente, Ciudad Juárez se ha configurado como un caso paradigmático tanto a escala nacional como internacional. La violencia que se ejerce contra las mujeres, no obstante, constituye una problemática que está presente a lo largo de todo el país, la ENDIREH, por ejemplo, reveló que para 2006 más de la mitad de las mujeres mexicanas de 15 años y más (67%) habían sufrido violencia en algún momento de su vida, ya sea en el contexto de pareja, familiar, patrimonial, escolar, laboral o comunitario; las cifras de diversas organizaciones de la sociedad civil, por su parte, han detectado que entre 2000 y 2005 se produjeron más de seis mil asesinatos de mujeres a lo largo de toda la República, cantidad que sigue en ascenso (Instituto Nacional de las Mujeres, 2008; Observatorio Ciudadano Nacional del Femicidio, 2010). Dentro de este contexto, el Estado de México ha ido ganando terreno en los últimos años como una de las entidades de mayor preocupación, donde más de la mitad de las mexiquenses reporta haber vivido algún incidente de violencia en uno o varios ámbitos, mientras que las estadísticas de homicidios dolosos de mujeres registradas en la misma entidad entre los periodos 2000-2004 y 2005-2010 reflejan un incremento de más de 200%. Las víctimas de estos delitos, en general, corresponden a mujeres jóvenes de entre 11 y 40 años y, en más de 50% de los casos, los actos permanecen en la impunidad, sea por la falta de denuncia, la indiferencia de los servidores públicos o justificaciones tales como el desconocimiento de la identidad del atacante (INEGI 2015, como se citó en Moscoso, Pérez, & Estrada, 2012).

Muchos conocedores del tema en conjunto con organizaciones que protegen los derechos de la mujer han realizado estudios y programas preventivos que ofrecen a las mujeres principalmente una protección de su salud física y mental, donde desafortunadamente son las menos las que deciden enfrentar la situación, haciendo valer sus derechos o denunciando a su agresor; que bien se puede pensar, si está sufriendo algún tipo de maltrato (determinada mujer u hombre) ¿por qué elige seguir viviendo maltrato?; pues bien, la respuesta es el miedo que impide clarificar la mente

ante actos violentos que como hemos venido viendo se dan con la finalidad de ejercer un poder sobre el otro que es más débil o indefenso; por ello, conocer algunos conceptos que giran alrededor de la violencia, será primordial para la comprensión de situaciones violentas, que actualmente sigue conmocionando en gran escala al género femenino.

1.2 Concepto de violencia

La violencia en un sentido amplio cuenta con una gama de significados y opiniones que giran alrededor de esta, lo cual (como veremos más adelante), ha presentado una visión poco clara o vaga del concepto; por eso, considerar algunas ideas que se relacionan y han surgido en torno a la violencia pueden clarificar su percepción, tal es el caso de:

Conflicto. - Es un término que alude a factores que se oponen entre sí, puede referirse a contrastes intra o interpersonales. Según Corsi 1994, dice:

“...Los conflictos interpersonales son uno de los resultados posibles de la interacción social, como expresión de la diferencia de intereses, deseos y valores de quienes participan en ella. A luz de los conocimientos actuales, podría decirse que el conflicto es un factor participante en cualquier agrupamiento humano. Los conflictos interpersonales suelen traducirse en situaciones de confrontación, de competencia, de queja, de lucha, de disputa y su resolución en favor de una u otra parte se relaciona con nociones tales como la autoridad, el poder, la aptitud, la capacidad, la habilidad, etc. Dada la inevitabilidad de conflicto en las relaciones interpersonales, el centro de la cuestión pasa a ser el método utilizado para la resolución. No resulta difícil comprender la diferencia entre un conflicto resuelto mediante la puesta en juego de conocimientos, aptitudes y habilidades comunicativas, y otro que se resuelve mediante el ejercicio del poder y de la autoridad” (p.17).

Agresividad. – Perrone 2012, opina que:

“La agresividad es la representación mental de una fuerza disponible del espíritu, una energía que existe para crear, preservar y proteger la vida. Dicho de otra manera, es la capacidad para oponerse a la amenaza, la coacción, la coerción. Del modo de regularla y especialmente de las fallas en su regulación surge la violencia individual y social, problema ético en tanto constituye un ataque a los fundamentos de toda sociedad: la igualdad y el respeto” (p.1).

Por otra parte, Corsi 1994, argumenta que:

“...la agresividad es un término acuñado dentro del vocabulario de la psicología para dar cuenta de la capacidad humana para “oponer resistencia” a las influencias del medio. La agresividad humana tiene vertientes fisiológicas, conductuales y vivenciales, por lo que constituye una estructura psicológica compleja”, resaltando al autor Lolas (1991), pues la define como un constructo teórico en el que cabe distinguir tres dimensiones: a) una dimensión conductual, en el sentido de conducta manifiesta la que llamamos agresión; b) una dimensión fisiológica, en el sentido de concomitantes viscerales y autonómicos que forman parte de estados afectivos; c) una dimensión vivencial o subjetiva que califica la experiencia del sujeto a la que llamaremos hostilidad” (p.18).

Como hemos podido apreciar hasta el momento tanto las concepciones de conflicto como de agresividad pueden estar implícitas en la violencia al igual que otros términos que si bien están o son capaces de estar inmersos en la idea o tener una semejanza con ella, a varios autores les ha causado conflicto llegar a una definición exacta; por lo que trataré de encontrar o acercarme a una definición lo más cercana y de acuerdo con mi percepción; no sin antes exponer lo que los expertos nos dicen sobre la violencia.

Violencia. - Actualmente, la podemos definir según la Organización Mundial de la Salud (OMS 2019), como: “...El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”.

Sin embargo, a partir del siglo de las Luces se cristaliza lo que hoy entendemos por violencia, principalmente desde tres aspectos: el psicológico, explosión de fuerza que cuenta con un elemento insensato y con frecuencia mortífero; el aspecto moral, ataque a los bienes y a la libertad de otros; y el aspecto político, anclados a criterios psicológicos, políticos, antropológicos o de diverso matiz de disciplinas, pasando por muchas concepciones y controversias, al respecto Cuervo (2016), cita a Stoppino (1988), quien define a la violencia como: "la intervención física de un individuo o grupo, contra otro individuo o grupo (o también contra sí mismo)", por su parte Cuervo (2016), opina que:

“supone entender la violencia como una acción real y física, en cierto sentido mecánica, que se ejecuta hacia alguien en términos de oposición u obstáculo. No obstante, este mismo autor pide ser más explícitos en cuanto a esta primera idea, dado que al hablar genéricamente de ella podríamos confundir diversos aspectos de las relaciones humanas que, si bien caben en una definición de este tipo, no son en sí mismos violencia, por ejemplo en el caso de algunos deportes, donde existen intervenciones físicas (en tanto mecánicas) de unos individuos contra otros y siendo ampliamente aceptado que el fin mismo de esas actuaciones no sería agredir o procurar daño como tal. Ni qué decir, además, de algunos tratamientos médicos que en muchos casos suponen la intervención física de un individuo (o de varios) sobre otro sujeto, calificado como paciente, siendo también claro que dichas intervenciones que se ejecutan, aunque sean dolorosas, son para ayudar a este último y su calidad de achacoso, enfermo o enajenado mental” (p.80).

Como hemos podido apreciar pese a que efectivamente no existe una definición de violencia ampliamente aceptada por los estudiosos, podemos encontrar algunas que han ofrecido un cierto consenso. Particularmente se encuentra en esta línea aquella que destaca el uso de la fuerza para causar daño a alguien. Martínez-Pacheco (2016), basado en los trabajos de Blair 2009, cita algunas de estas definiciones, retomando tres para iniciar: La primera la toma del investigador francés Jean Claude Chesnais (1981), quien dice:

“La violencia en sentido estricto, la única violencia medible e incontestable es la violencia física. Es el ataque directo, corporal contra las personas. Ella reviste un triple carácter: brutal, exterior y doloroso. Lo que la define es el uso material de la fuerza, la rudeza voluntariamente cometida en detrimento de alguien”.

Una segunda definición se encuentra en una cita que la autora realiza de Jean-Marie Domenach (1980): “Yo llamaría violencia al uso de una fuerza abierta o escondida, con el fin de obtener de un individuo o un grupo eso que ellos no quieren consentir libremente”. La última definición la refiere del investigador Thomas Platt (s/f), quien habla de al menos siete acepciones del término violencia, dentro de las cuales la que menciona como más precisa es: “fuerza física empleada para causar daño” (Martínez-Pacheco, 2016, p.9).

Retomando las opiniones de los conocedores en el tema, después de haber revisado algunas ideas y a manera de un punto de vista personal, la violencia puede resumirse como, todo acto que ejerza supremacía hacia la fragilidad de cualquier ser vivo, que dañe su integridad de manera intencional.

1.3 Concepto de género.

En el afán de poder tener una idea o valorización definida en relación con aspectos que conforman nuestro universo, el ser humano ha ido diferenciando distintos elementos que son contrarios o complementarios entre sí para formar una unidad dándole un nombre más sofisticado que es dualidad; tal es el caso por mencionar algunos: día y noche, el bien y el mal, pares e impares, vida o muerte, mente-cuerpo, objetivo subjetivo, etc.; lo que nos ha llevado a tener una diferenciación en la raza humana entre hombres y mujeres, que para efectos de este trabajo nos enfocaremos en la categoría género por ser la que de alguna manera hace distinción entre masculino y femenino. Según palabras de Ramos (1997),

“...El género es una categoría analítica que surge desde el feminismo de los años sesentas y ochentas, en particular desde las ciencias sociales y desde el feminismo anglosajón, que señala la necesidad de repensar las perspectivas

de análisis como perspectivas permeadas de una visión parcial, masculina, que oculta las diferencias entre hombres y mujeres. El género, entendido como la construcción social de la diferencia sexual señala justamente la necesidad de enfocar las diferencias entre los géneros como una elaboración histórica que adscribe roles determinados a hombres y mujeres en base a sus diferencias biológicas. En esta perspectiva una de las aportaciones más importantes de la teoría del género es el señalamiento de la historicidad de las diferencias sexuales. En este sentido la autora conceptualiza al género como: la construcción histórico-social de la diferencia sexual”.

Más aún, otra de las vertientes del género es su uso como una categoría analítica desde la antropología y desde la psicología, y desde luego desde la historia. Han sido pues las ciencias sociales las que de modo más claro han hecho uso de la categoría género como una forma nueva de usar las interpretaciones de la realidad a partir de una perspectiva que cuestiona, que pone en tela de juicio las suposiciones bien aceptadas sobre el papel determinante de las diferencias de sexo. Desde la Psicología, el uso de la categoría género consiste sobre todo en el estudio de las conductas de hombres y mujeres a partir de las conductas aceptadas como legítimamente masculinas o femeninas (Ramos, 1997, p.13).

Por otra parte, la RAE 2018, en sus tres primeros significados respecto a la palabra género nos muestra: “1.- m. Conjunto de seres que tienen uno o varios caracteres comunes. 2.- m. Clase o tipo a que pertenecen personas o cosas y 3.- m. Grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido este desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico”.

Desde una perspectiva más vanguardista, Lamas 2000, retoma los trabajos de Butler (1990), quien definió el género como “el resultado de un proceso mediante el cual las personas recibimos significados culturales, pero también los innovamos”. En su reflexión integró la perspectiva filosófica para tratar las interpretaciones sobre el género, el feminismo y la identidad. Pero, sobre todo, su trabajo levantó expectativas al interrogar hasta dónde el género puede ser transformado a voluntad (Lamas, 2000).

A partir de las concepciones, antes vistas, respecto al género podemos ver que conforme vamos avanzando en el tiempo la definición del mismo se va transformando de acuerdo a las creencias y percepciones de cada autor; sin embargo, aún tenemos por sentado la dualidad hombre mujer que para fines de este proyecto y de acuerdo a datos estadísticos e históricos el género femenino es quien ha padecido los infortunios de todo este devenir histórico, con cifras cada vez más alarmantes; con esto no quiero decir que el género masculino sea descartado de algún tipo de violencia ejercida por las féminas, pero son los menos casos, por lo menos los que están documentados.

1.4 Definición de la violencia de género.

De acuerdo con la SSP (2012), la violencia de género es producto de circunstancias histórico–sociales que se legitimaron tanto en el plano legal como cultural, sin embargo, esta conducta vulnerada sistemáticamente por acciones u omisiones son un problema grave y complejo que conlleva a la discriminación, lesión de los derechos humanos y desigualdad. Tanto mujeres como hombres pueden convertirse en víctimas y/o agresores de actos de violencia; sin embargo, es la mujer quien constantemente la padece; las estadísticas señalan que las mujeres tienen más probabilidades de ser víctima de ataques físicos u homicidios perpetrados por conocidos.

En las últimas décadas, se ha ido reconociendo cada vez más en el ámbito internacional que la violencia de género es un grave problema, no sólo para las mujeres sino también para el logro de la igualdad, el desarrollo y la paz (en Nieves, 1996).

De acuerdo con (CONAVIM 2012), Roberto Castro y colaboradores en 2002, afirmaron que:

“...el problema de la violencia contra las mujeres ha sido estudiado aproximadamente desde hace 20 años en Norteamérica y Europa, y en México

desde principios de la década de 1990. De acuerdo con estos autores existen cuando menos dos nombres del concepto que refiere la violencia que sufren las mujeres en México, algunos le denominaron “violencia de género” y otros “violencia contra las mujeres”. Uno de ellos fue la violencia de género que encuentra su origen y razón de persistencia en el conjunto de normas y valores sociales que sustentan una prevalencia o dominación masculina y una asimetría institucionalizada de poder entre hombres y mujeres. La existencia de marcadas normas de género, las cuales establecen los roles socialmente aceptables para hombres y mujeres, proporciona la justificación social para el uso de la violencia en la pareja, cuando alguno de sus integrantes, mayoritariamente la mujer, no cumple con dichos roles socialmente asignados, o de alguna manera trasgrede las normas ante los ojos de su compañero. Otro es la violencia contra las mujeres, un número importante de documentos retomaron en su marco teórico la definición propuesta por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1993, En este sentido, la violencia de género y la violencia contra las mujeres presentan rasgos comunes, uno y otro sustentan la agresión contra las mujeres, sea ésta un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico” (p.6).

Existen debates sobre la definición empleada de violencia contra las mujeres. En algunos países sólo se considera como tal la violencia física y la violencia sexual, no así la psicológica ni la patrimonial, ni tampoco la violencia pasiva por omisión. Si se parte de que todas estas son manifestaciones de la violencia, y que ésta es causada por “las relaciones históricamente desiguales de poder entre mujeres y hombres”, como señala Belém do Pará, la lista de sus posibles expresiones no puede ser cerrada, ya que siempre podrá haber nuevas formas de traducirse en violencia esos desbalances entre géneros (Carcedo, 2008, en LXI Legislatura Cámara de Diputados, 2012).

La ONU 2019, define a la violencia contra la mujer como:

“...todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación

arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada”.

La definición de las Naciones Unidas, citada anteriormente, tiene la doble virtud de reconocer que la desigualdad de género está en la raíz del problema y de señalar que la violencia se presenta en los ámbitos público y privado de la vida (CONAVIM, 2012).

Otro punto de vista, respecto al concepto "violencia de género", nos lo da Estévez (s/f), quien indica que

“...La violencia de género da nombre a un problema, que incluso hace poco, formaba parte de la vida personal de las personas; era considerado un asunto de familia que no debía trascender de puertas para fuera y, por lo tanto, en el que no se debía intervenir. Entender la violencia como un asunto personal refuerza a las mujeres a una situación de subordinación respecto del hombre e implica asumir las relaciones de poder históricamente desiguales entre ambos y a través de las cuales se legitima al hombre a mantener su status-quo de la dominación incluso a través de la violencia. Esta percepción contribuye a que las mujeres no denuncien su situación por miedo, vergüenza o culpabilidad. La discriminación de las mujeres y la violencia de género (como la manifestación más brutal de las desigualdades entre hombres y mujeres) es un problema que traspasa fronteras y que está presente en la mayor parte de los países del mundo con la particularidad de que las vivencias del maltrato son enormemente parecidas en todos los lugares y culturas” (p.01).

Retomando el concepto de Estévez (s/f), y resaltando que la violencia de género “era considerada un asunto de familia que no debía trascender de puertas para fuera” es importante distinguir los tipos de violencia que se dan primordialmente en la relación de pareja, pues en muchas de las ocasiones las mujeres solo llegan a considerar a la violencia física como un tipo de maltrato hacia su persona, pues el desconocimiento de los tipos de violencia que existen en diferentes aspectos de su vida, hacen que no tengan una visión más amplia respecto a estos.

1.5 Tipos de violencia en la relación de pareja.

La violencia hacia la pareja se refiere a un patrón repetitivo de abuso (en relaciones de matrimonio, concubinato, noviazgo o extramaritales) o expareja (divorcio o separación), que se caracteriza por una serie de medidas coercitivas esencialmente hacia las mujeres, que incluyen maltrato psicológico, físico, sexual, económico o patrimonial. Por lo general, este tipo de violencia se observa desde el inicio de la relación de pareja (incluyendo el noviazgo) y se puede presentar tanto entre parejas heterosexuales como en parejas homosexuales. Es frecuente que los hombres agresores hacia sus parejas demuestren: poca habilidad para la comunicación, bajo control sobre la expresión de la ira y niveles elevados de hostilidad, mostrarse constantemente molestos e intolerantes, solicitar la satisfacción inmediata de sus necesidades y, por lo regular, tener creencias equivocadas sobre los roles sexuales, por lo que consideran a las mujeres como seres inferiores a ellos. Estos hombres están convencidos de que tienen dominio, poder y control sobre las mujeres y las niñas, por lo que utilizan a la violencia como un método de control (García, 2012).

Prácticamente todas las formas de violencia física y sexual impactan en el dominio de lo emocional. Por ejemplo, un chantaje emocional o económico de parte del hombre, que impide que la mujer pueda ir a una consulta médica o a comprarse los medicamentos que requiere, puede traducirse también en daños físicos, entonces ¿Por qué no considerar este tipo de conductas como formas de violencia física? En síntesis, la clasificación de las diversas formas de agresión como violencia física, emocional, sexual o económica, no puede realizarse sin recurrir a un cierto grado de arbitrariedad, que por otra parte resulta necesaria con miras a facilitar la operacionalización del concepto de violencia (INMUJERES, 2004).

Como se ha mencionado con anterioridad, existen diversos tipos de violencia contra las mujeres. De acuerdo con LXI Legislatura de la Cámara de Diputados 2012, la *Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia* considera, en su artículo 6, algunos de ellos:

- I. *La violencia psicológica*. Es cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que puede consistir en: negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas, las cuales conllevan a la víctima a la depresión, al aislamiento, a la devaluación de su autoestima e incluso al suicidio.
- II. *La violencia física*: Es cualquier acto que inflige daño no accidental, usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones ya sean internas, externas, o ambas.
- III. *La violencia patrimonial*: Es cualquier acto u omisión que afecta la supervivencia de la víctima. Se manifiesta en: la transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, documentos personales, bienes y valores, derechos patrimoniales o recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades y puede abarcar los daños a los bienes comunes o propios de la víctima.
- IV. *La 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.
- V. *La violencia sexual*: Es cualquier acto que degrada o daña el cuerpo y/o la sexualidad de la víctima y que por tanto atenta contra su libertad, dignidad e integridad física. Es una expresión de abuso de poder que implica la supremacía masculina sobre la mujer, al denigrarla y concebirla como objeto, y otras formas análogas que lesionen o sean susceptibles de dañar la dignidad, integridad o libertad de las mujeres.

Muchas mujeres pueden minimizar las conductas violentas de su pareja y tener creencias tales como que ellas son capaces de “controlar” su enojo, que “con amor lo podrán cambiar” o que “el verdadero amor puede tolerar todo” (García, 2012). Sin embargo, esto no es así pues aunado este tipo de creencias al patrón de

comportamiento que presentan los agresores acrecienta el deterioro en la relación y la posibilidad de cualquier tipo de violencia cada vez más frecuente y con mayor impacto.

1.6 El ciclo de la violencia en relaciones de pareja.

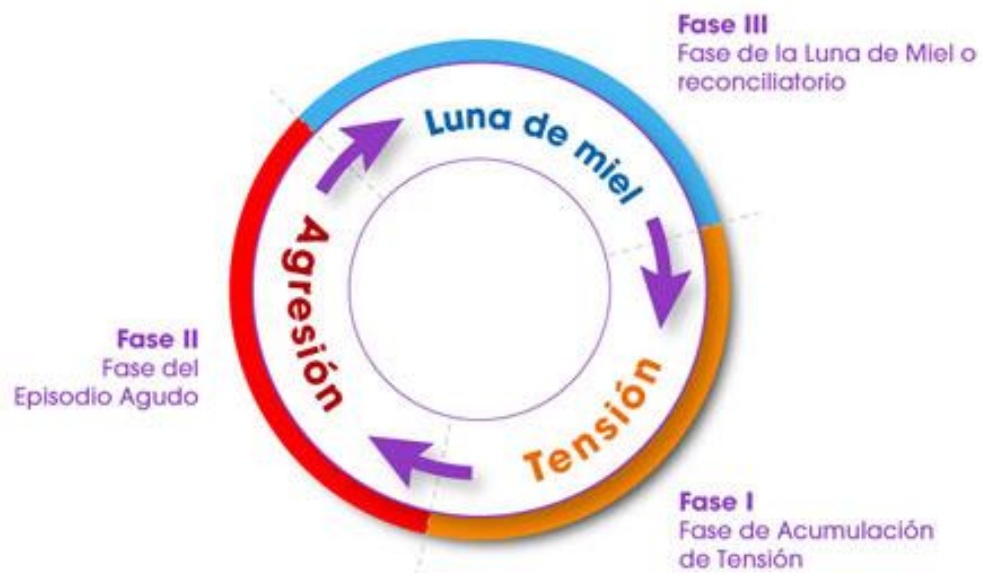
La SSP 2012, nos dice que, en 1979 Lenore Walter habló por primera vez de la violencia como un ciclo que muestra un comportamiento repetitivo en el proceso de maltrato; trabajó en un refugio para mujeres violentadas y observó que muchas de ellas describían un patrón muy parecido. El ciclo de la violencia consta de tres fases: fase de tensión, fase de agresión y fase de reconciliación, arrepentimiento o “luna de miel” y nos ayuda a entender cómo se produce y se repite la violencia en la pareja. Este ciclo, aunque fue realizado ex-profeso para mujeres violentadas aplica perfectamente en todas las guías de los talleres (Prevención de la Violencia Familiar, de la Violencia contra las Mujeres y de la Violencia en el Noviazgo). En una relación, la violencia empieza de manera sutil, la agresión psicológica se confunde como una forma de interés y/o preocupación por la persona. Esta conducta no aparece en el primer momento como violenta, pero igualmente ejerce un efecto devastador sobre la víctima, provocando un progresivo debilitamiento de sus defensas psicológicas. En un segundo momento, aparece la violencia verbal, que viene a reforzar la agresión psicológica, inmediatamente después comienza la violencia física y/o sexual (SSP, 2012, p.23).

Cuando la mujer está inmersa en el círculo de la violencia, cree que la conducta de su pareja depende de su propio comportamiento, se siente responsable e intenta una y otra vez cambiar las conductas del maltratador. Sin embargo, cuando observa que sus expectativas fracasan de forma reiterada, desarrolla sentimientos de culpa y vergüenza; además, se siente mal por no ser capaz de romper con la relación y por las conductas que ella realiza para evitar la violencia: mentir, encubrir al agresor, tener contactos sexuales a su pesar, “tolerar” el maltrato a los hijos(as), etcétera. Con el paso del tiempo, el maltrato se hace más frecuente y severo, se desarrollan

síntomas depresivos, como la apatía, la indefensión y la desesperanza (GSLP, 2018).

De acuerdo con Torres y Antón (2010), la teoría del ciclo de violencia, explica cómo opera el control del agresor sobre la víctima y los déficits psicológicos que ese control genera en ella, coartando el proceso de ruptura definitivo. Distinguió tres fases que se repetían sucesivamente en una estructura circular: la fase de acumulación de tensión, la fase de explotación violenta y la de luna de miel.

Figura 1. Esquema del ciclo de la violencia.



Fuente: Walker (1978) en carácter cíclico del fenómeno de la violencia. San Luis Potosí.

1. *Fase de tensión.* Se caracteriza por una escala gradual de tensión que se manifiesta en actos que aumentan la fricción y los conflictos. El victimario(a) expresa hostilidad, pero no en forma explosiva. La víctima intenta calmar, complacer o al menos, no hacer aquello que pueda molestar en la creencia irreal de que ella puede controlar la agresión. Pero ésta sigue aumentando y se producirá la fase de agresión.

2. *Fase de agresión.* Cuando la estrategia de control o negociación deje de funcionar se hace inevitable el incidente agudo de agresión, se caracteriza por una descarga

incontrolable de las tensiones que se han venido acumulando, su rabia es tan grande que no tiene control sobre su comportamiento, quiere darle una “lección” a la víctima. Los hombres y las mujeres violentas saben que su comportamiento es inadecuado, porque mantienen la agresión como un asunto privado, el agresor(a) es quien puede ponerle fin a esta fase, la mujer o el hombre sólo busca un lugar seguro para esconderse. Es la más crítica de las fases ya que en ella pueden presentarse distintos tipos de violencia.

3. *Fase de conciliación o “Luna de Miel”*. El agresor(a) presenta un comportamiento extremadamente cariñoso, amable y de arrepentimiento, sabe que ha actuado violentamente y trata de compensar a la víctima, le suplica perdón y promete que esa situación no se volverá a repetir. Iniciará acciones con el propósito de demostrar su sinceridad, como dejar de beber, de salir con los amigos(as) o de cualquier cosa que afecte su estado interno de ansiedad. Este momento supone un refuerzo positivo para que la víctima mantenga la relación, fomenta la esperanza de que puede llegar a cambiar, que necesita ayuda.

Con el tiempo, las fases tienden a ser cada vez más cortas, la fase de reconciliación tiende a desaparecer y la violencia psíquica, física y sexual se intensifica progresivamente. Además, cada episodio de violencia deja a la mujer en una situación de mayor dependencia hacia el agresor, le roba algo de su energía y su autoestima, le genera miedo y bloquea su capacidad de respuesta. La desaparición de la fase de reconciliación y la ayuda externa son decisivas para romper con este círculo de control y manipulación (Torres y Antón, 2010).

De manera expresa la violencia contra las mujeres está presente en la mayoría de las sociedades, pero a menudo no es reconocida y se acepta como parte de la cotidianidad en las relaciones de pareja (SSP, 2012).

1.7 Epidemiología e incidencia

Como se vio anteriormente el ciclo de la violencia es un patrón repetitivo que está inmerso en la relación de pareja, viciando la relación y generando afectaciones de diversa índole principalmente contra las mujeres, determinando en un consenso casi unánime que la violencia contra las mujeres es un delito oculto, que sale a la luz y se denuncia muy poco y, por tanto, las verdaderas cifras son difíciles de conocer. Sin embargo, este apartado tiene como propósito dar a conocer algunos datos estadísticos, así como las causas que esta lamentable problemática llega a generar.

La violencia contra las mujeres es uno de los problemas sociales de mayor calado en el país y en el mundo. De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), se estima que el 70% de las mujeres en el mundo ha sufrido algún episodio de violencia física o sexual. En el caso de México, la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) levantada en 2011 señala que, de 24 566 381 mujeres casadas o unidas de 15 años y más, 11 018 415 han vivido algún episodio de maltrato o agresión en el transcurso de su vida conyugal; si bien estos datos están delimitados por edad y situación conyugal, resulta alarmante que cerca de la mitad de las encuestadas hayan sido víctimas de algún tipo de violencia (Martínez & Hernández, 2016).

La ONU en 2011, presentó datos sobre la prevalencia de violencia física y sexual contra las mujeres a nivel mundial por parte de los hombres con quienes viven, en su mayoría de los esposos, compañeros íntimos o algún conocido. Los actos violentos causan más muertes y discapacidad que el cáncer, la malaria, accidentes de tráfico y la guerra, en las mujeres de edades comprendidas entre 15 y 44 años. La violencia toma muchas formas: la violencia en el hogar, el abuso sexual de las niñas en las escuelas, el acoso sexual en el trabajo, la violación por el marido o por extraños, las violaciones en los campamentos de refugiados o como táctica de guerra (SSA, 2003). El Programa Sectorial de Salud (PSS 2014), en México de

acuerdo a Lozano (2013), indica que para el grupo de edad de 10 a 19 años la depresión profunda, los trastornos de ansiedad y de la conducta, la distimia, junto con el uso de alcohol y drogas son responsables del 28% del total de Años de Vida con Discapacidad (AVD) en ambos sexos. Estos padecimientos se relacionan con mucha frecuencia con la presencia de violencia familiar, escolar o comunitaria. En el grupo de 15 a 24 años de edad, en términos de discapacidad, la depresión profunda, los trastornos de ansiedad, la migraña, la epilepsia, el trastorno bipolar y la distimia ejercen un mayor peso sobre las mujeres (38%) que en los hombres (31%). En el terreno de las causas que provocan la muerte prematura se debe destacar que los accidentes de tráfico, la violencia interpersonal, el suicidio y los ahogamientos son responsables del 29% de los Años Perdidos por Muerte Prematura (APMP) en las mujeres y 58% en los varones. En este grupo de edad es evidente que son dos tipos de problemas los que producen mayores pérdidas de salud, por un lado, el amplio espectro de problemas de salud mental incluyendo las adicciones y por el otro, los accidentes y la violencia. Destaca en las mujeres el peso del consumo del alcohol y la violencia de pareja como determinantes importantes en su perfil de riesgos; mientras que en los hombres se encuentran el consumo de alcohol y los riesgos ocupacionales. Para las adultas jóvenes (25 a 49 años), de hecho, la violencia interpersonal como causa de muerte prematura aumentó de 35,018 en 1990 a 45,028 para el año 2010 (PSS, 2014, p.27).

Si bien las estadísticas presentan una variación en las diferentes investigaciones, los problemas de salud mental más comunes de las mujeres maltratadas por sus parejas son el trastorno por estrés postraumático y la depresión, seguidos por la sintomatología de tipo somático y de ansiedad; además, se asocia con pensamientos y conductas suicidas. “Se ha planteado que la violencia de pareja genera una relación de dependencia y sumisión de la mujer con su pareja, lo que implica una baja en su autoestima. Cuando se trata de violencia psicológica, además de dejarla en la indefensión, trae como consecuencias trastornos del sueño, pérdida de apetito, miedo, confusión y tristeza. En el origen de este complejo fenómeno se encuentran los estereotipos y las desigualdades de género que conducen a desigualdades en el estado de la salud mental de las mujeres. Existe

evidencia de que las mujeres maltratadas por sus parejas perciben que tienen menos poder que sus agresores, mientras que otros factores, como un elevado nivel socioeconómico o una educación secundaria, actúan como protectores. La desigualdad de género y las condiciones estructurales socioeconómicas son, pues, factores que condicionan contextos violentos para las mujeres” (García & Matud, 2015).

La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (2016), resaltó puntos importantes respecto a las afectaciones en contra de las mujeres, pues, por cada 100 mujeres de 15 años y más que han tenido pareja o esposo, 47 han vivido situaciones de violencia emocional, económica, física o sexual durante su actual o última relación; otro punto son las agresiones más ampliamente experimentadas por las mujeres, las de carácter psicológico; 43.1% han vivido insultos, amenazas, humillaciones y otras ofensas, al menos una vez a lo largo de su relación, cerca de la mitad de todas las mujeres actualmente casadas o unidas han sido agredidas por su pareja o esposo al menos una vez a lo largo de su vida en común, aproximadamente el 44.8%. (PSS, 2014).

1.8 Factores precursores, detonantes y de mantenimiento.

Los trabajos de Díaz, Arrieta y González 2015, resaltan a diversos autores como Blitchtein y Reyes (2012), puesto que hacen ver que la violencia hacia la mujer es un evento complicado que involucra varios acontecimientos; uno de ellos es el predominio del hombre mediante una cultura machista donde el género femenino es visto como blanco de “maltrato” y nula consideración para la toma de decisiones, prueba de ello son los constantes abusos a los derechos de las mujeres ya que estos no excluyen los periodos de paz ni guerra, presentándose en cualquier tipo de ambiente y cultura, coartando la voluntad de la mujer y el desarrollo de sus capacidades. Muchas mujeres se involucran en este fenómeno por diversos factores, también retoman las palabras de Marrero 2004, afirmando “...la baja escolaridad, es lo que genera menos oportunidades laborales y dependencia

económica de sus esposos, disfuncionalidad familiar, baja autoestima, experiencia previa de violencia en la familia de origen y en la del compañero, uso de alcohol y drogas, rigidez y sobrecarga de roles en la familia, entre otros. Del mismo modo el factor cultural influye en la aparición de la violencia; por último, retomando a Puyana, 2004, quien argumenta que “en la familia se reproducen relaciones de poder donde se desarrollan sutiles formas de violencia”. De acuerdo al funcionamiento del poder, en la esfera privada existen jerarquías asumidas socialmente como “naturales”, que se legitiman de manera permanente mediante el monopolio de la violencia como principal aliado (Díaz, Arrieta y González, 2015, p.20).

Desde los estudios realizados a nivel humano y animal, el comportamiento animal brinda un primer acercamiento hacia la ejecución de la agresión humana, puesto que la articulación de la violencia que llevan a cabo humanos y animales a decir de Palacios 2003, “obedecen, en principio, a las mismas necesidades y son producto de la selección natural”. Otro ejemplo de ello nos lo da a conocer Kelly 2005, diciendo que “...herir de gravedad o matar a los otros (que implican comportamientos violentos deliberados) reduce la capacidad de respuesta de los adversarios, permitiendo el acceso y control a los recursos disponibles; dicha hipótesis es reforzada por las observaciones hechas a tribus como los Andamanes, quienes conservan estilos de vida similares a los descritos sobre los grupos del paleolítico” (citado en Gómez, 2014, p.116).

Los indicadores de comportamiento en el ser humano develan una gran cantidad de matices respecto a la violencia; puesto que en su transformación a través del tiempo el hombre desarrolló expresiones verbales (significados con un sentido humillante) y el uso de diversas armas, mismas que le otorgan la supremacía y el poder de lastimar o castigar.

Según Lorenz (1966) “...los sapiens no cuentan con mecanismos innatos que impidan asesinar a un individuo de su misma especie, aunque este mismo autor denota que si es posible aprender a “redirigir” dichos impulsos agresivos a través de un control social permanente para evitar “estallidos incontrolables de violencia”. Ante este punto de vista, Palacio (2003), señala que “...dicho modelo de Lorenz es

insuficiente para explicar la gran variedad de conductas asociadas con las violencias, como los gestos y las expresiones verbales, señalando además que a pesar que los comportamientos agresivos pueden ser similares entre especies, pueden haber evolucionado por sometimiento a presiones evolutivas diferentes” (citado en Gómez, 2014, p.116).

En relación con lo anterior podemos apreciar como a través del tiempo la humanidad ha ido adquiriendo formas de abuso en perjuicio principalmente hacia a la mujer, pues está no ha puesto los límites pertinentes (sobre todo en la relación de pareja) que reduzcan la posibilidad de poner en riesgo su integridad física y emocional; en pleno siglo XXI, la separación o el rompimiento fue identificado como otro factor de riesgo elevado, particularmente cuando este se asocia a celos exacerbados y posesividad. Es este sentido Contreras (2014), retoma los estudios de Dobash et al. (2004) puesto que señalan que “aproximadamente 1 de cada 3 mujeres estaban separadas de su pareja y aproximadamente 1 de cada 20 estaban tratando de terminar la relación, de importancia es el hecho de que era la mujer y no el hombre que parecía estar terminando o haber finalizado la relación, y así el distanciamiento de la mujer parecía ser la fuente del conflicto”. Del mismo modo menciona los trabajos de Liem et al. (2009), pues afirman que “...en los casos de uxoricidio, determinan que uno de los móviles principales para cometer el homicidio es el temor al abandono (casi el 50% de los casos), lo cual refleja la dependencia del hombre, involucrado muchas veces en una relación con características simbiótica”. En este caso, el suicidio responde a un deseo de reunirse con la víctima en la muerte, manteniendo una relación que ya no es viable en vida”. Otro de los motivos de uxoricidio sería la ira narcisista: “cuando la autoestima es baja y está amenazada por el rechazo, la agresión se presenta como un instrumento de recuperación del sentido de sí mismo (Contreras, 2014, p. 685).

Otros factores de suma importancia que interfieren en el bienestar de las víctimas de violencia de género los podemos encontrar en Vera 2008, pues nos comparte que “...La mujer se deja maltratar, en algunas ocasiones, porque se considera la principal responsable del buen funcionamiento del matrimonio y cree que éste

depende de sus propias habilidades para evitar conflictos y situaciones de violencia o ruptura matrimonial. El principal motivo que impide el abandono de la víctima, es el temor a las represalias, seguida de la dependencia económica y el miedo a perder los hijos”. Esta misma autora se basa en los trabajos de Brugarola (2000) puesto que a decir de ella “... identifica algunos rasgos de la mujer víctima de violencia: Cree todos los mitos acerca de la violencia doméstica, baja autoestima, se siente culpable por haber sido agredida, se siente fracasada como mujer, esposa y madre, siente temor y pánico, falta de control sobre su vida, se siente incapaz de resolver su situación, cree que nadie le puede ayudar a resolver su problema, se siente responsable por la conducta del agresor, se aísla socialmente. El crecimiento en una atmósfera de miedo, tensión y terror influirá negativamente en su desarrollo emocional y más tarde se manifestará en el abandono escolar, en el uso de drogas, en desórdenes psicológicos, en violencia y delincuencia. En muchos casos influye el factor económico, soportan cuanta vejación venga con tal de no perder la seguridad económica para sí y sus hijos” (citado en Vera, 2008, p.28).

1.9 Teorías explicativas

Desde la década de los 60's se han puesto en práctica diversas teorías dentro del ámbito psicológico y social, mismas que han intentado dar una explicación respecto a la violencia de género, llegando a inferir que este término es multifactorial y no cabe una sola explicación al respecto capaz de definirlo. El trabajo de Ruiz 2014, nos dice que “Dentro de las teorías sociológicas, se pueden encontrar una serie de teorías que dan explicación a la violencia de género como la Teoría del aprendizaje social (Albert Bandura, 1987); Modelo interactivo de la violencia doméstica (Stith y Rosen, 1992); Modelo ecológico (Donal Dutton, 1988); Teoría de los recursos (Goode, 1971); Teoría del intercambio (1983); Teoría del estrés (Farrington, 1986); Teoría feminista-Cultura patriarcal (Corsi, 1995; Dobash y Dobash, 1979; Pagelow, 1984 y Yllö, 1998)”.

Dentro de las teorías psicológicas esta misma autora menciona que se pueden llegar a observar las siguientes: Modelo conceptual de Choice y Lanke (1997); Teoría de la indefensión aprendida (Seligman, 1979 y Walker, 1979); Ciclo de la violencia (Leonor Walker, 1979); Modelo de respuesta de la mujer ante los malos tratos (M.A. Dutton, 1992). Teoría de la Unión Traumática (Dutton y Painter, 1981); Teoría de la Trampa Psicológica (Strube, 1988); Teoría de los Costes y Beneficios (Pfouts, 1978); Síndrome de Adaptación Paradójica a la Violencia doméstica /Sander Ferenczi, 1978-1993 (citado en Ruiz, E. 2014, pp.11-13).

Las especulaciones dentro del ámbito psicológico se han concentrado en encontrar una respuesta del por qué la mujer está tan arraigada al hombre que le cuesta trabajo dejarlo, más aun cuando es víctima de violencia, llegando a observar que el agresor juega un papel preponderante en este tipo de supuestos ya que puede influir de manera psicológica en la víctima, esta autora presenta dos grupos, el primero sería aquel donde se ubican aquellas en el proceso de toma de decisiones que realiza la mujer para dejar a su pareja (1,2 y3); y el segundo (a, b y c) que sería aquel que alude a la situación de dependencia emocional entre el agresor y la víctima (Citado en Ruiz, E. 2014). Desglosados de la siguiente manera:

1) El modelo conceptual, en el cual la mujer debe responderse a la pregunta de si su vida sería mejor fuera de esa relación. Siendo esta respuesta negativa, la mujer maltratada continuara con la relación (Choice y Lanke, 1997).

2) Teoría de los costes y los beneficios. En esta teoría, la mujer debe determinar los costes y beneficios de permanecer o concluir la relación. La mujer debe evaluar los beneficios que tiene el seguir con la relación y comparar si esos beneficios son mayores o no a los costes que le supone mantener la relación (Pfouts, 1978).

3) Teoría de la trampa psicológica. En esta teoría se ve como las mujeres maltratadas tienen la esperanza de que acabe el maltrato y creen que con más esfuerzo y tiempo pueden lograr una relación de pareja estable (Strube, 1988).

Las teorías referidas a la dependencia emocional de la mujer hacia el hombre:

a) La teoría del ciclo de la violencia en pareja. En esta teoría se distinguen tres fases, la fase de tensión, en la cual el hombre tiende a enfadarse cada vez más y la mujer hace todo por complacerlo para no acabar en disputa; la fase de explosión o agresión, en esta fase el hombre estalla por así decirlo y descarga toda la tensión retenida sobre la mujer normalmente agrediéndola; y, por último, la fase de reconciliación, en esta fase el agresor abandona la violencia y la tensión y se muestra sumiso respecto a la mujer para que ésta no le abandone (Walker, 1979).

b) Teoría la Unión Traumática (Dutton y Pinter, 1981) y el Modelo de la intermitencia (Dutton y Painter, 1993). Estos autores explican una unión traumática entre la pareja, donde la pareja de menos poder, la mujer, necesita a la de más poder, el hombre. Esta relación de dependencia crea una relación afectiva muy fuerte. Estos autores creen que la mujer al ser más maltratada cada vez se ve más minada su autoestima y necesita al maltratador, convirtiéndose en interdependiente.

c) Por último, se observa la teoría del Síndrome de Adaptación Paradójica a la violencia doméstica. Esta teoría se define como la situación a la que llega la mujer maltratada de tener que percibir la realidad desde la perspectiva del hombre asumiendo que ella es la causante de todos los males que sucedan en la relación (Ferenczi, 1973, en Ruiz, 2014, pp.14-15).

En pocas palabras los modelos o teorías psicológicas han puesto su empeño para comprender e ir develando poco a poco el telón del porqué de la dificultad para la toma de decisiones, así como de la dependencia emocional por las que pasan las víctimas de la violencia de género al momento de plantear una posible separación con el agresor, donde en algunos casos pueden presentar factores multicausales adhiriéndose más a la relación dañina que a la larga puede traer consecuencias lamentables. Sin embargo y a modo de reflexión, ese hombre ¿podría seguir siendo violento con otras mujeres? ¿no sería importante también preguntarnos por qué los hombres no cambian esas interacciones en que violentan a sus parejas? ¿por qué persisten en esa conducta y qué se podría hacer para que cambien su forma de interactuar con sus parejas?

1.10 Consecuencias de la violencia de género.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), a nivel mundial casi un tercio de las mujeres que han tenido una relación de pareja refieren haber sufrido alguna forma de violencia, estas formas de violencia pueden afectar negativamente a la salud física, mental, sexual y reproductiva de las mujeres e incluso aumentar la vulnerabilidad al VIH (MIMP, 2017).

A decir de Arce Rodríguez (2006), las consecuencias de la violencia contra las mujeres son muy amplias e influyen en todos los aspectos de sus vidas, incluyendo su salud y la de sus hijos, con incidencia en el conjunto de la sociedad. También la violencia se reproduce precisamente por las condiciones de desigualdad persistentes, que generan más inequidad no sólo entre géneros, sino entre diversos sectores. Estas situaciones de violación de los derechos de las mujeres muchas veces conducen a estados emocionales dependientes, no sólo de la pareja sino del alcohol y otras adicciones, constituyéndose en un problema serio de salud; además este mismo autor plantea que "...la violencia genera inseguridad y baja autoestima, que derivan en enfermedades de distintos tipos. Los estudios acerca del impacto de la violencia contra la mujer, especialmente la doméstica y el abuso sexual describen una amplia gama de afecciones físicas. Entre ellas se encuentran: lesiones (que van desde cortes y hematomas hasta las graves que causan incapacidad permanente, como la pérdida de audición), enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA, embarazo no deseado, problemas ginecológicos, dolor pélvico crónico asociado a enfermedad inflamatoria pélvica, hipertensión, depresión, trastornos por ansiedad, trastorno por estrés postraumático, cefaleas, síndrome de colon irritable y diversas manifestaciones psicósomáticas. El vínculo entre violencia y salud mental está registrado ampliamente en la literatura médica. La violencia durante el embarazo puede generar abortos, muerte fetal, parto prematuro, lesiones fetales o la muerte del recién nacido".

El abuso psíquico suele seguir una estrategia que ataca tres aspectos básicos pues De La Vega (1999; en Arce, 2006), afirma que "...un ataque social que intenta romper con la familia, las amistades y el trabajo; un ataque contra las conexiones

de identidad del pasado, cortando con recuerdos y relaciones, y un ataque hacia la identidad actual con críticas y reproches, en privado y en público, contra las aficiones, los gustos, las iniciativas, los defectos, etc". Con estas estrategias se consigue un verdadero lavado de cerebro donde Alzira (2001; en Arce, 2006), comenta que "anula completamente a la víctima convirtiéndola en un ser minúsculo al lado de su agresor y dependiente al máximo de él". Así mismo ambos autores concluyen que el agravio emocional a decir de las féminas es: gritar o levantar la voz en público o en privado, los insultos y las amenazas, no poder salir de la casa solas, etc., aunado a comportamientos tales como insultos, amenazas, privaciones de libertad ambulatoria, faltas de respeto y actitudes que provoquen una disminución de la autoestima. Teniendo una mejor perspectiva de las conductas emitidas mayormente por los agresores, el maltrato psicológico se puede colocar como el antecesor del maltrato físico, con la desventaja de ser más difícil de detectar y de probar (Arce, 2006).

En lo que respecta a las secuelas en la salud mental de las mujeres, las más frecuentes son: emocionales (rabia, hostilidad, vergüenza, sentimientos de culpa y de impotencia, pérdida de autoestima, falta de asertividad, etc.); problemas con la imagen corporal; ansiedad (que se manifiesta por ejemplo, en la agorafobia o miedo a salir fuera de casa) y estados de pánico; trastornos psicósomáticos; dificultades para concentrarse; trastornos del sueño; conductas adictivas y compulsivas (trastornos de la conducta alimenticia; limpieza compulsiva del hogar; adicción al trabajo, a gastar o comprar; ludopatía, consumo de pastillas para dormir, alcohol y/o drogas de otro tipo que bloquean los síntomas del estrés, etc.); depresión y elevado riesgo de suicidio (algunos estudios han revelado que el riesgo de suicidio es cinco veces más alto que en mujeres no maltratadas (Torres y Antón, 2010).

De acuerdo con López (2009), el proceso de salir de una relación de maltrato es difícil y largo, comprende intentos repetidos y que pueden o no hacerse efectivos, por lo que la primera ayuda tiene particularidades diferentes, que deben ser conocidas y bien utilizadas por aquellas personas que la brinden, lo que surge es un enfoque de cinco pasos, que incluye: 1.-Hacer contacto psicológico; 2.-Examinar

las dimensiones del problema; 3.-Explorar las situaciones posibles; 4.-Ayudar a tomar una acción concreta; y 5.-Registrar el proceso de seguimiento. En ese entendido y de acuerdo con el propósito de este trabajo, veremos desde el punto psicológico como se aborda esta problemática.

1.11 Abordaje psicológico

En nuestro país contamos con instituciones y expertos que han planteado diversas formas de acercamiento para brindar herramientas a las mujeres víctimas de la violencia, que les permitan empoderarse y salir de ese círculo violento del que son víctimas, de ahí que y reiterando lo dicho con anterioridad surgen varios puntos de vista para abordar esta situación tal es el caso de la SSA (2010), quien ofrece lineamientos y protocolos para la atención psicológica a mujeres en situación de violencia sugiriendo que "...El proceso de apoyo psicológico a las mujeres en situación de violencia, requiere para su abordaje el análisis de los diferentes aspectos que generan la violencia, así como de explicar qué ocurre en las mujeres cuando se encuentran en esta situación y qué herramientas requieren las y los profesionales de la psicología para brindar apoyo psicoemocional, desde el enfoque centrado en la persona y la perspectiva de género". Por su parte Bleichmar 1997, sugiere tener ciertas reservas al respecto ante propuestas genéricas, pues como bien lo refiere Romero (2010), "conviene tener en cuenta la particularidad de cada mujer, la fase del proceso que está atravesando, su grado de conciencia del problema y los diversos acontecimientos que le han llevado hasta allí"

Desde una perspectiva clínica Henales, A., Sánchez, B., Meléndez, C., Espíndola, H. (2007), proponen dos aspectos importantes para la realización de la historia clínica resaltando las redes de apoyo como factor primordial para salir del círculo de la violencia, indagando sobre dos aspectos fundamentales que a decir de estos autores son: "uno explorar a profundidad la problemática de pareja, explorar la formación de la pareja, su estructura, dinámica y tipo de comunicación, también el tipo de relación de pareja que ha mantenido con la actual u otras parejas a lo largo

de su vida. Y dos explorar los síntomas de la pareja y las redes de apoyo familiar, social, institucional y laboral; ya que **las redes de apoyo serán fundamentales** y habrá que reconstruirlas para salir del círculo de la violencia doméstica” (citado en Henales, A. et al. 2007, p.93).

A través de la visión de Díaz, N. (s/ f), en relación a su trabajo de un modelo integral que atienda a las mujeres víctimas de violencia de género nos dice que “la atención psicológica se organiza en torno a un proceso de acompañamiento, apoyo, análisis y comprensión clínica de los conflictos que ayude a las mujeres, desde un primer momento, al esclarecimiento y desarticulación de los mecanismos de autoinculpación, aislamiento e impotencia, que les han llevado a la enajenación progresiva de gran parte de sus recursos y habilidades personales, así como a la pérdida de derechos. El proceso tiene como eje transversal una perspectiva de género y de enfoque sistémico, que diferencie y ponga límites entre los aspectos intrapersonales y aquellos netamente socioculturales, de valores y estructurales de nuestro entramado social. Es preciso resaltar que esta fase inicial del tratamiento es de una importancia crítica para las mujeres. Los datos nos informan que la mayor vulnerabilidad de las víctimas, al momento en que su integridad física está más amenazada, es precisamente cuando ellas toman alguna iniciativa encaminada a interrumpir la convivencia o implementar algún cambio significativo en la relación. Su vulnerabilidad es extrema y sus responsabilidades múltiples y de gran importancia y complejidad. El vínculo profesional ha de ser muy cálido cercano, para poder contener la emotividad y transmitirles apoyo y confianza, pero con la firmeza suficiente como para confrontarlas progresivamente con la realidad y prepararlas para el duro camino que han de recorrer, antes de lograr la autonomía posible. Podemos diferenciar 2 fases en el abordaje psicológico: Fase inicial: es un momento de intensa coordinación interprofesional de todo el equipo. Las estrategias de intervención y las líneas generales de actuación tienen que estar apoyadas, necesariamente, en criterios multidisciplinarios. La actuación psicológica está, en estos momentos, al servicio de estabilizar los aspectos psicoemocionales de las mujeres y apoyarlas en la instrumentalización de su vida cotidiana, a fin de viabilizar la organización de prioridades, resolución de conflictos cotidianos, apoyo en la toma

de decisiones, etc. Segunda fase: a medida que la sintomatología debida al efecto de trauma va remitiendo, la actuación psicológica se va diversificando y emerge la personalidad de base de cada una de las mujeres. El apoyo psicológico se estructura, en este segundo tiempo, a partir de las necesidades específicas de cada mujer con un objetivo general que culminaría al alcanzar un proyecto de autonomía viable para cada caso, incorporando, en la medida de lo posible, la intervención y apoyo para superar las experiencias traumáticas vividas por los hijos e hijas que convivan con las propias mujeres. Metodológicamente, se prescriben intervenciones individuales en una primera etapa y grupales en una segunda” (citado en Díaz, s/f., p. 6).

Bajo una perspectiva psicológica podremos visualizar que su fin último es contar con una interpretación o claridad lo más cercana posible respecto a la complejidad del comportamiento que lleva a cabo la raza humana, lo anterior con la finalidad de poder ofrecer a los usuarios los instrumentos o tratamientos bajo los diversos enfoques y modelos que la psicología brinda lo más acorde posible a las necesidades de estos, permitiéndoles desarrollar a cada individuo habilidades que favorezca su empoderamiento puesto que “empoderar no es sólo: Potenciar la autoestima y la autoconfianza, conocerse a sí misma, desarrollar habilidades sociales de comunicación, resolución de conflictos y toma de decisiones. Sino que también debe favorecer: La toma de conciencia de la relación de género de dominio/sumisión, La modificación de creencias sexistas, la comprensión de cómo hemos aprendido a ser mujeres, qué aspectos de la identidad de género nos desempoderan, la transformación de las relaciones, cambiando nuestra posición, potenciando nuestra autonomía y generando relaciones igualitarias” (Citado en COPSG, 2016. p.43.).

1.12 Abordaje multidisciplinar

Cuando hablamos de trabajo en conjunto para resolver algún problema, no solo se contempla el conocimiento que un individuo tenga al respecto, se recurre a las

habilidades y potencialidades con los que cuentan cada uno de los miembros del equipo, aunque sus especialidades sean diferentes se pueden compaginar para que desde varios ángulos se dé la solución más adecuada, dentro del abordaje multidisciplinar los conocimientos que cada profesional tiene respecto a su materia serán de suma importancia, con el propósito de poder establecer un frente común que para efectos de las mujeres violentadas pueda dar cobijo y seguridad, no solo desde la atención psicológica si no desde una amplia gama de posibilidades y recursos que les permitan un empoderamiento en pro de su bienestar, el trabajo de Díaz N. (s/f. p.9), nuevamente deja más que claro la aportación que varios profesionales hacen respecto a su intervención en esta problemática, que para efectos de no redundar más en el ámbito psicológico, únicamente retomare aquellos que la autora considera dentro de su modelo integral, mencionando:

- I. *Apoyo legal.* - Integrado por abogadas y abogados, quienes tienen la tarea de orientar, asesorar jurídicamente, brindar acompañamiento en diligencias y, en su caso, representar a las mujeres que han visto trasgredidos sus derechos a través de conductas violentas tipificadas en el fuero local o federal, a efecto de garantizar la restitución de dichos derechos y las reglas del debido proceso. Como en el resto de las áreas de actuación profesional, el asesoramiento jurídico que se ofrece a las mujeres víctimas de violencia doméstica debe ajustarse a las peculiaridades del proceso personal “vivido” por las mismas.
- II. *Apoyo Social.* - El personal de esta área, a través de las historias de vida, apoyan a las usuarias para restablecer las redes de apoyo que se han perdido a consecuencia del aislamiento que provoca la violencia; acercan y contactan a la usuaria con recursos institucionales y de la sociedad civil, con células y grupos de contención, que puedan satisfacer sus necesidades inminentes. En el Centro de atención la mujer víctima de violencia es atendida, en primer lugar, por la trabajadora social, como profesional de referencia a lo largo de todo el proceso de recuperación y “puerta de entrada” a la Atención Integral.

- III. *Atención a la Salud.* - Los profesionales de la salud deben actuar con un enfoque de sensibilidad y respeto hacia la víctima, no enjuiciarla y ofrecer apoyo en las decisiones de la mujer. Es necesario que conozcan las políticas y protocolos existentes, sean adiestrados en su manejo y cuenten con un formato de registro de casos. El servicio de atención médica que se proporcionará a las usuarias tendrá como base lo establecido en la Norma Oficial Mexicana 190 SSA1, este proceso es responsabilidad del sector salud y lo constituyen las acciones que brindan el tratamiento y asesoría necesarios a las mujeres que enfrentan situaciones de violencia. Los componentes del proceso de atención en el sector salud son: Identificación de la situación de violencia, consejería especializada, evaluación del riesgo y plan de seguridad e información legal, atención médica esencial y especializada, referencia, contrarreferencia y seguimiento. El personal del área de salud atenderá con calidad y calidez a las usuarias que presenten lesiones en sus distintos niveles de gravedad a causa de la violencia de género. El propósito de este servicio es el de restablecer la salud integral de la usuaria, detener las secuelas y los procesos degenerativos de los daños sufridos por las experiencias de violencia.

De esta forma podemos concluir que la intervención multidisciplinar puede llegar a ser un punto clave en la intervención de la violencia de género, favoreciendo la integridad de las víctimas tanto de manera física como psicológica, recalando que, tanto el compromiso como la ética deberán estar siempre presente en todos los profesionales involucrados.

CAPÍTULO 2. Intervención Psicológica en la violencia de género

Muchos son los prototipos que se emplean para abordar el tema de la violencia contra las mujeres, los cuales van encaminados a brindar las bases donde se sustenta la intervención psicológica, Según Corsi 2005, “un modelo es una estructura conceptual que contiene elementos teóricos y técnicos, que intentan explicar cierta área de temas o problemas y que, a la vez, proporciona instrumentos para operar sobre dicha área, con vistas a operar un cambio.” (citado en Batres, 2009). Estos modelos ofrecen pasos lógicos en torno a la intervención profesional, señalando estrategias, alternativas o técnicas que han sido probadas científicamente y que, en el caso de la violencia de género, la violencia intrafamiliar o mujeres violentadas, han favorecido el empoderamiento de las mismas, algunos modelos de intervención empleados son: Modelo ecológico, modelo intrapsíquico, modelo del aprendizaje social, modelo género-sensitivo, por mencionar algunos y que a continuación se describen:

2.1 Modelo Ecológico

Este prototipo fue propuesto por Urie Bronfenbrenner en 1979, toma en cuenta los diversos ambientes donde se desenvuelve cada individuo y como estos contextos pueden influir en la persona a nivel psicológico, social y moral. En cuanto a su estructura, a decir de Pérez, 2004, esta se conforma por “1. Microsistema, complejo de relaciones que se dan entre las personas de un entorno, relaciones e interconexiones que influyen indirectamente sobre el sujeto que actúa dentro del mismo (existe un principio de interconexión dentro de los entornos). 2. Mesosistema, complejo de interconexiones entre los diferentes entornos en los que la persona participa realmente. 3. Exosistema, complejo de interconexiones que se dan entre los ambientes en los que la persona no entra ni está presente, pero en los que se producen hechos o se toman decisiones que afectan directamente a esa persona y, 4. Macrosistema. Complejo de sistemas seriados e interconectados de una determinada cultura o subcultura” (p.169).

2.2 Modelo Intrapsíquico

Este modelo propone que los procesos conscientes e inconscientes de la mente humana pueden llegar a generar tanto un comportamiento agresivo en un individuo y la fragilidad e indefensión en otro, un ejemplo de ello es la TCC (terapia cognitivo conductual) pues refiere que son los procesos cognitivos del paciente los que propician los problemas psicológicos, es decir, las interpretaciones erróneas del pensamiento originan emociones negativas y formas desadaptativas de conducta (Roca, 2012). Al hablar de procesos cognitivos en TCC, Beck se refiere a pensamientos específicos, tales como una interpretación "está enojado conmigo", una auto instrucción "tengo que estudiar", una autocrítica "todo me salió mal" o incluso un deseo con contenido verbal "quiero aprobar el examen" (Beck, 1963, citado en Camacho, M., Orozco, L., Ybarra J., & Compeán, L. 2015). Este modelo da a conocer las causas internas de los comportamientos que se manifiestan abiertamente, la evaluación, el tratamiento y la investigación se dirigen a la actividad intrapsíquica para comprender la conducta y aliviar los problemas.

2.3 Modelo de Aprendizaje Social

Muchos son los autores que han hecho aportaciones al respecto; sin embargo, los trabajos de Bandura (1979), son los más sobresalientes en este sentido, La teoría clásica del aprendizaje, según señalan Papalia, Wendkos y Duskin (2009), las personas aprueban las conductas que la sociedad admite por observación e imitación de modelos, es decir; por observar a otros. Este proceso se llama aprendizaje por observación o modelamiento. La elección del modelo depende de las consecuencias de la conducta del modelo; la gente escoge modelos que tienen prestigio y cuya conducta se percibe como valiosa en su cultura (citado en Ferreira, 2016). Es decir, el comportamiento se respalda conforme a lo observado en el contexto y ambiente que se desarrolla cada persona, la conducta agresiva o violenta es aprendida y puede ser eliminada.

2.4 Modelo Género-Sensitivo

A decir de Batres, 2009 “La orientación género sensitiva, se enfoca en la experiencia de la víctima y considera la violencia como una consecuencia lógica de la condición de la mujer en la sociedad. Quien abusa es considerado responsable por sus acciones sin tomar en cuenta el comportamiento de los demás miembros de la familia. Ante esto, la orientación filosófica del (de la) terapeuta es vital para generar las actitudes, valores y posición frente al tratamiento. Esta categoría, además, permite sacar del terreno biológico lo que determina la diferencia entre los sexos y colocarlo en el terreno simbólico” (p.3). Es decir, la mayoría de los individuos actuamos de acuerdo a una sociedad o ambiente sexista que expone actos inadecuados de supremacía relacionados con el género que, por ende, impide a las víctimas el acercamiento a los apoyos ofrecidos por la sociedad; este método pretende ampliar las oportunidades de crecimiento tanto de forma individual como colectiva eliminando el sexismo, su punto de partida es el empoderamiento, considera como un factor importante la educación de aquellos/las agresores, a través de habilidades de cuidado y comunicación , rechazando las perspectivas sexistas y el comportamiento controlador.

Vale la pena también mencionar, el modelo Integral que maneja INMUJERES para la atención de las mujeres violentadas puesto que y de acuerdo con Díaz N. (s/f), “tiene como ejes centrales la perspectiva de género y el trabajo multidisciplinar, parte de la base de que la violencia en contra las mujeres es un problema complejo que toca varias disciplinas (Psicología, Derecho, Trabajo Social, Medicina, Sociología, Antropología, etc.) que no puede resolverse desde sólo una de ellas si se quiere atender esta complejidad. Se considera la variable género como punto de partida para cualquier actuación profesional encuadrada en el Modelo Integral. La violencia contra las mujeres es un problema que tiene un origen cultural y se fundamenta en los procesos de socialización y educación de las personas, concebidos para mantener una estructura social sexista en la que la distribución del poder y funciones entre hombres y mujeres, está ligada al género al que pertenecen. Es quizá la consecuencia más dramática del sistema patriarcal” (p. 3).

Los modelos psicológicos estarán siempre encaminados al bienestar físico y emocional, teniendo como eje central dar respuesta a diversas preguntas que favorecen o no determinadas acciones de las personas, por ejemplo: por qué se inmiscuye un individuo en prácticas de riesgo, por qué prefiere unos cursos de acción y no otros que podrían ser racionalmente más justificables, por qué reincide después de empezar a realizar cambios favorables, qué da pauta al impulso del cambio y que provoca el abandono definitivo del tratamiento, entre otros muchos cuestionamientos, en síntesis es el procedimiento psicológico que pretende explicar el curso que sigue el inicio, el mantenimiento y la consumación de la ejecución de una acción (Flórez, 2007).

CAPÍTULO 3. Concepto de autoeficacia percibida

En relación con la autoeficacia, valdría la pena comenzar por conocer la raíz de esta palabra, determinando la palabra “auto” como (por sí mismo) y el complemento del latín *efficax*: “eficaz”, como (que tiene el poder de producir el efecto deseado), de modo que autoeficacia podemos concebirla como aquella creencia o empuje que cada individuo tiene para conseguir determinados objetivos; de ahí que la autoeficacia influye en todos los medios donde se desempeña el ser humano, a través de las ideas que un individuo tiene en relación a su confianza para enfrentar problemáticas o retos y como este los resuelve de manera competente y con una gama de alternativas cuando su autoeficacia percibida está en un buen nivel y como decrece todo lo anterior cuando la autoeficacia percibida está por debajo.

De acuerdo Olivari & Urra 2007, “...El constructo de autoeficacia, fue introducido por Bandura en 1977, y representa un aspecto nuclear de la teoría social cognitiva (Bandura, 1982,1997). De acuerdo a esta teoría, la motivación humana y la conducta están regulados por el pensamiento y estarían involucradas tres tipos de expectativas: a) Las expectativas de la situación, en la que las consecuencias son producidas por eventos ambientales independientes de la acción personal, b) Las expectativas de resultado, que se refiere a la creencia que una conducta producirá determinados resultados y c) Las expectativas de autoeficacia o autoeficacia percibida, que se refiere a la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados (Bandura, 1995). La autoeficacia ha sido ampliamente discutida en la literatura de la psicología social para explicar la teoría de la motivación y el aprendizaje. Este concepto ha sido adaptado a la psicología y la enfermería como un importante predictor de conductas de salud (Kear, 2000). De hecho, frente a lo difícil que puede ser el motivar a la adopción de conductas que promuevan la salud o el detener conductas nocivas para ésta, la autoeficacia ha mostrado consistentemente ser un factor de gran importancia (Bandura, 1997)” (P.9). En definitiva, los seres humanos que tienen poca o nula confianza en sí mismos, serán más propensos a ser dependientes de otros, generarán miedos

angustias y una baja autoestima, lo que limitara a un más su capacidad de lograr objetivos, pudiendo desarrollar a largo plazo afectaciones serias en su salud.

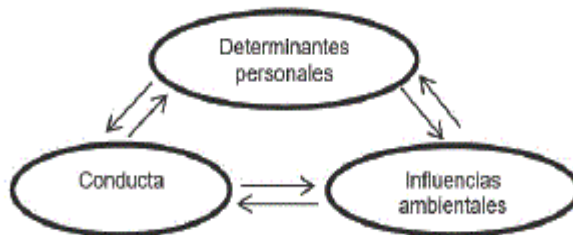
3.1 Modelo de autoeficacia percibida

En lo que toca al prototipo de autoeficacia (Bandura, 1977; en Borda & Saavedra, 2017) se dan tres elementos que tienen correspondencia entre sí, y a manera de piedra angular de este modelo, se ponen de manifiesto en interacción unos con otros. Los tres componentes determinantes de acción propuestos por Bandura son:

- 1) Determinantes personales
- 2) La conducta
- 3) Influencias ambientales

En la figura 2, se puede apreciar cómo se relacionan los componentes anteriormente descritos que forman parte del modelo de autoeficacia desarrollado por Bandura.

Figura 2. Componentes del modelo de autoeficacia.



Fuente: Bandura, (1977) Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad.

Dentro de la teoría de autoeficacia Bandura 1977, en Borda & Saavedra, 2017, propone que "...la conducta humana es el resultado de la interacción entre los determinantes personales y las fuentes de influencias externas y medioambientales, ya que el individuo opera dentro de las influencias socioculturales. El proceso de autoeficacia según Bandura (1977), se desarrolla mediante los siguientes pasos:

- 1.- Las personas se comprometen a una conducta.
- 2.- Interpretan los resultados de sus acciones.
- 3.- Desarrollan creencias sobre si son capaces o no de llevar a cabo conductas subsecuentes en contextos similares.

La observación y vivencia de los éxitos pasados crean una fuerte sensación de autoeficacia personal percibida, por supuesto, teniendo en cuenta variables como el grado de dificultad de la tarea, el esfuerzo aplicado, o el entorno” (p.41).

El concepto de autoeficacia se ha puesto en marcha en distintos ámbitos de la salud y comportamientos relacionados con este: el manejo de enfermedades crónicas, uso de drogas, actividad sexual, fumar, realizar ejercicio, bajar de peso, y también la habilidad para recuperarse de los problemas de salud o para evitar potenciales riesgos para esta (Forsyth y Carey, 1998). Son muchos los estudios que han demostrado que un elevado potencial de autoeficacia proporciona efectos de bienestar para el ser humano y para su tranquilidad habitual. (Grembowski, P., Diehr, D., Beresford, K., y Hetcht, 1993; y Klein-Hessling, Lohaus y Ball, 2005, (citado en Olivari & Urra, 2007).

3.2 Tratamiento desde la autoeficacia percibida en la violencia de género

El modelo de autoeficacia percibida ha estado más relacionado con acciones o comportamientos preventivos en el ámbito de la salud, los seres humanos con una mayor percepción de confianza en sí mismos, presentan más posibilidades de esmerarse en su bienestar, adaptarse y seguir las instrucciones de los tratamientos sugeridos (Grembowski *et al*, 1993). Existen investigaciones concretas donde las personas con una mayor percepción de confianza en sí tienen más probabilidad de concebir su bienestar, padecer menos enfermedades físicas y mentales y recuperarse mejor y más rápidamente de las enfermedades, que las personas con baja autoeficacia (Grembowski *et al*, 1993, citado en Olivari & Urra, 2007).

Para finalizar, muchos son los estudios realizados en el área de la salud donde la aplicación del modelo de autoeficacia ha brindado excelentes resultados; en nuestro país realmente son pocos los trabajos realizados en el ámbito de la violencia de género abordado desde la asesoría psicológica; por lo que este trabajo, pretende aportar una visión más amplia respecto a cómo las mujeres que son violentadas perciben su autoeficacia y como determinadas creencias pueden influir en ellas, no importando su edad, nivel de estudios o status económico; a manera que este tratamiento de corta duración rompa con todo aquello que les impide un empoderamiento en pro de su salud mental e integridad física.

MÉTODO

Justificación

La violencia contra las mujeres es uno de los problemas sociales de mayor incidencia en el país y en el mundo. Aunque las tasas difieren en los distintos estudios, los problemas de salud mental más comunes de las mujeres maltratadas por sus parejas son el trastorno por estrés postraumático y la depresión, seguidos por la sintomatología de tipo somático y de ansiedad. Además, se asocia con pensamientos y conductas suicidas. Se ha planteado que la violencia de pareja genera una relación de dependencia y sumisión de la mujer con su pareja, lo que implica una baja en su autoestima.

Cuando se trata de violencia psicológica, además de dejarla en la indefensión, trae como consecuencias trastornos del sueño, pérdida de apetito, miedo, confusión y tristeza. En el origen de este complejo fenómeno se encuentran los estereotipos y las desigualdades de género que conducen a desigualdades en el estado de la salud mental de las mujeres. Existe evidencia de que las mujeres maltratadas por sus parejas perciben que tienen menos poder que sus agresores, mientras que otros factores, como un elevado nivel socioeconómico o una educación secundaria, actúan como protectores. La desigualdad de género y las condiciones estructurales socioeconómicas son, pues, factores que condicionan contextos violentos para las mujeres (García & Matud, 2015).

Del mismo modo, los modelos de la salud buscan en su núcleo, dar respuesta a la pregunta acerca del por qué una persona ejecuta o no ejecuta un determinado comportamiento favorable para su salud, por qué se involucra en comportamientos de riesgo, por qué elige unos cursos de acción y no otros que podrían ser racionalmente más justificables, por qué recae o retrocede luego de haber empezado a actuar en una determinada dirección, qué determina que recupere el curso de acción perdido o que definitivamente lo abandone, etc.; es el proceso psicológico que busca explicar el curso que sigue el inicio, el mantenimiento y la consumación de la ejecución de una acción (Flórez, 2007).

Actualmente el tema de la violencia de género es tratado a nivel mundial por la magnitud de la situación que esta representa, la cual ha venido siendo milenaria, ya que las creencias hacia la violencia poco a poco se han ido convirtiendo en algo normal. La violencia de pareja es la forma más común de ejercer violencia contra las mujeres y la sufre alrededor del 30% de la población femenina que vive en pareja en todo el mundo. afecta a mujeres de todos los pueblos, clases sociales y niveles educativos. "...Dicha violencia afecta la salud física y mental de las víctimas, a corto y largo plazo, deteriora su funcionamiento social y tiene un elevado costo económico para la población, ya que, además de los costos derivados del tratamiento de víctimas y agresores, las mujeres que la sufren pueden llegar a verse incapacitadas para trabajar, perder su sueldo, dejar de participar en actividades cotidianas y ver menguadas sus fuerzas para cuidar de sí mismas y de sus hijos" (García & Matud, 2015).

Dicho lo anterior, podemos apreciar la magnitud del problema, ya que en el país son 12 entidades las que han superado la media nacional en la medición de la violencia contra las mujeres en los últimos 12 años; destaca el Estado de México en el primer peldaño (53.3%), seguido por la Ciudad de México (52.6%) y Aguascalientes con 49.8% según señala la encuesta; aunque en el Estado de México existe una alerta de violencia de género contra las mujeres (AVGM), activada desde 2015 para 11 municipios, la violencia de pareja es severa y muy severa en 67 de cada 100 féminas mexiquenses que viven en una situación de agresiones constantes, dicha cifra supera la media nacional, la cual es de 64 por cada 100 mujeres, según la encuesta nacional sobre la dinámica de los hogares (ENDIREH, 2016; e INEGI, 2015; en Ramos, 2018).

De esta manera y una vez expuesto lo anterior se puede observar que el impacto social que ha tenido la violencia de género hacia las mujeres cada día toma mayor fuerza, ya que los patrones de conducta violenta ejercidos por el género masculino se siguen repitiendo generacionalmente, y las mujeres por consecuencia adoptan creencias de comportamiento sumiso que solo fortalecen la supremacía del hombre; por lo que resulta preponderante poder modificar las creencias que tienen las

mujeres respecto a la conducta que se lleva a cabo en la convivencia de pareja; generalmente los trabajos realizados bajo el modelo de autoeficacia están enfocados en fortalecer la confianza de los individuos modificando sus creencias para llevar a la práctica nuevas conductas que favorezcan su salud física y emocional, la mayoría de estos trabajos realizados bajo el modelo de autoeficacia se enfocan en el área de la salud como: el manejo de enfermedades crónicas, uso de drogas, actividad sexual, fumar, realizar ejercicio, bajar de peso, y también la habilidad para recuperarse de los problemas de salud o para evitar potenciales riesgos para la salud (Forsyth y Carey, 1998; en Olivari & Urra, 2007). Sin embargo, recientemente los trabajos de Borda & Saavedra (2017), relacionados con la aplicación de un programa de autoeficacia para prevenir el acoso escolar en adolescentes, brindó resultados favorecedores; pues se incrementó el nivel de autoeficacia de un 10% (pre test) a un 33% (post test) en los alumnos que padecían bullying; teniendo en cuenta este referente, la aplicación del modelo de autoeficacia en las mujeres que son víctimas de la violencia de género puede ayudar en la modificación de sus creencias aumentando la autoeficacia percibida de las mujeres que son violentadas.

Planteamiento del problema

En relación a lo antes mencionado es importante cuestionar, ¿corresponde la violencia de género al área de la salud? la respuesta es afirmativa, pues toca dos ejes importantes como lo es la salud física y la psicológica; ¿se cubre la salud como tal, en su vertiente psicológica en las instituciones de salud? ¿La infraestructura de las instituciones de salud contempla el cuidado y tratamiento de las mujeres que han sido víctimas de la violencia de género? Desafortunadamente la respuesta es negativa a los últimos dos cuestionamientos, puesto que la salud en la mayoría de los casos aún es considerada solo en el aspecto físico encaminado hacia el mejor equipamiento, personal médico, medicamento, etcétera, en este tenor el ámbito psicológico queda altamente relegado, mismo que es de gran valía para el

restablecimiento emocional de los pacientes, y en este caso para el empoderamiento de las mujeres víctimas de la violencia de género.

El ciclo de violencia deja desprotegidas a las víctimas, debido al debilitamiento en su autoestima, el aislamiento, la inseguridad generalizada, la falta de redes sociales, por lo que la promoción de autoeficacia puede facilitar que las mujeres que son violentadas generen medidas de autocuidado

Conforme a los datos expuestos anteriormente, se puede observar que el Estado de México es una entidad con altos índices de violencia de género, destacando dicha problemática en el municipio de Ocoyoacac, donde la violencia de género va en aumento (nueve de cada diez mujeres han recibido violencia física), es de suma importancia implementar un programa que ofrezca a la población femenina afectada una intervención basada en apoyo médico, legal y psicológico (un equipo multidisciplinario), que actúe en pro de una mejor calidad de vida; así como el diseño de un programa preventivo que influya en la disminución de esta problemática.

Pregunta de investigación

¿Cuál es el impacto de la asesoría psicológica mediante el modelo de autoeficacia percibida en mujeres que son víctimas de la violencia de género, respecto a la modificación de sus creencias y conductas?

¿Cuál es el nivel de síntomas que presentan las mujeres que han recibido violencia de género?

¿Cuáles son los efectos positivos de brindar orientación psicológica y aumentar la autoeficacia en mujeres que han recibido violencia de género?

Objetivos

Objetivo general:

Evaluar y dar asesoría psicológica a mujeres que han sido o están siendo violentadas del Municipio de Ocoyoacac, directamente en la comunidad de San Antonio el Llanito, mediante la asesoría psicológica basada en el modelo de autoeficacia percibida.

Objetivos específicos:

- Orientar a las mujeres que son víctimas de violencia de género, respecto a los tipos de violencia que existen (Psicológica, económica, sexual, física, patrimonial), así como las leyes e instancias que las protegen, permitiéndoles eliminar las creencias nocivas en la relación de pareja que demerita su autoeficacia.
- Desarrollar en las mujeres que son víctimas de violencia de género mediante la asesoría psicológica, habilidades que les permitan recuperar su capacidad de autoeficacia, favoreciendo un cambio de comportamiento y creencias en pro de su bienestar y calidad de vida.

Hipótesis

H₁.- Las mujeres que padecen violencia de género pueden desarrollar habilidades para el incremento de la confianza en sí mismas modificando sus creencias limitantes mediante la asesoría psicológica, bajo el modelo de autoeficacia percibida.

H₂.- Las creencias religiosas y culturales que tienen las mujeres que padecen violencia de género, son modificables independientemente de su nivel de estudios, estatus económico, edad o estructura familiar a través de la asesoría psicológica.

H₃.- La asesoría psicológica aplicando el modelo de autoeficacia en mujeres que padecen violencia de género no favorece siempre la modificación de creencias limitantes en estas mujeres.

H4.- Entre mayor Psicoeducación y orientación psicológica tengan las mujeres que viven violencia de género, mayor autoeficacia y calidad de vida conseguirán.

Variables

Variable independiente:

- **Asesoría psicológica.** - Tipo de intervención de corta duración menos profunda que la psicoterapia para ayudar a una persona u organización a elegir una solución a determinado problema, ya sean personales o con su entorno en general (García, Piqueras, Rivero, Ramos, & Oblitas, 2008. Citado en Gómez y Peláez (2015). Definición operacional: Técnicas terapéuticas cognitivo conductuales para modificar los comportamientos valorados como problema.

Variables dependientes:

- **Violencia de género.** – De acuerdo con la SSP (2012), la violencia de género es producto de circunstancias histórico sociales, que se legitimaron tanto en el plano legal, como cultural, sin embargo, esta conducta vulnerada sistemáticamente por acciones u omisiones son un problema grave y complejo que conlleva a la discriminación, lesión de los derechos humanos y desigualdad. Definición operacional: Respuestas obtenidas de la entrevista semiestructurada para mujeres que viven en situación de violencia de pareja (Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 1992, modificada en 2006; en SSA, 2010), además del formato de observación, los cuales brindaran el tipo de violencia del que es objeto la paciente.
- **Autoeficacia.** – Bandura 2001, plantea que la autoeficacia interviene en cómo la gente siente, piensa y actúa, respecto a los sentimientos, un bajo sentido de autoeficacia está asociado con depresión, ansiedad y desamparo (Olivari, M. & Urra, M. 2007). Definición operacional: Respuestas obtenidas del

inventario de áreas de cambio (IAC); donde la paciente reconoce los cambios realizados que favorecen su autoeficacia.

- Sistema de creencias. - Las creencias de eficacia influyen en los pensamientos de las personas (autoestimulantes y autodesvalorizantes), en su grado de optimismo o pesimismo, en los cursos de acción que ellas eligen para lograr las metas que se plantean para sí mismas y en su compromiso con estas metas (Bandura, 2001, citado en Olivari, M. & Urra, M. 2007). Definición operacional: Respuestas obtenidas de la escala de evaluación del tipo y fase de la violencia de género (EETFVG) de Jara & Romero (2010); la cual consta de dos partes, la primera con un total de 28 ítems, mide los comportamientos que subyacen al tipo(s) y fase(s) de la violencia, la siguiente parte con 14 ítems, evalúa el grado de acuerdo o desacuerdo que poseen las mujeres afectadas sobre algunas creencias relevantes para prevenir, erradicar y resolver la violencia contra las mujeres.
- Calidad de vida. – De acuerdo con Fernández, Fernández & Cieza 2010, “se refiere específicamente a la salud de la persona y se usa para designar los resultados concretos de la evaluación clínica y la toma de decisiones terapéuticas. Esta utilización básica del concepto se inició en EE.UU. hace unos 30 años, con la confluencia de dos líneas de investigación: una la de la investigación clínica de la medición del «estado funcional» y otra la de la investigación psicológica del bienestar y de la salud mental” (p.170). Definición operacional: Respuestas obtenidas del inventario de áreas de cambio (IAC), reconocimiento de la autoeficacia, permitiendo en la paciente un óptimo estado funcional que influya en su calidad de vida.

Escenario

Salón de usos múltiples ubicado en la comunidad de San Antonio el Llanito, municipio de Ocoyoacac, en el Estado de México (es empleado en ocasiones para juntas ejidales y reuniones con la delegación de la localidad). El salón cuenta con una dimensión aproximada de 60 m², con una altura de 2.80m, con ventanales

grandes, que le permiten una buena iluminación y ventilación; acondicionado con un pizarrón, dos escritorios y sillas plegables.

Muestreo y muestra

Muestreo: No probabilístico pues de acuerdo con Scharager (2001), este tipo de muestreo también denominado dirigido o intencional, la elección de los sujetos no depende de la probabilidad sino de las condiciones que permiten hacer el muestreo, los sujetos son seleccionados con mecanismos informales y no se asegura la total representación de la población.

Muestra. Invitación directa en escuelas de la localidad de San Antonio el Llanito (kínder, primaria, secundaria y tele bachillerato comunitario), promoción de la asesoría psicológica para captar a mujeres mayores de 18 años, que deseen llevar a cabo el tratamiento psicológico relacionado con la violencia de género.

Participantes. El presente estudio contó con la participación de 3 mujeres, cuyas edades oscilaban entre los 30 y los 61 años de edad, con un nivel de estudios entre carrera técnica y doctorado. Todas habían experimentado violencia de género.

Criterios de inclusión: Mujeres mayores de 18 años de edad, víctimas de la violencia de género en cualquiera de sus variantes (física, psicológica, sexual, económica, patrimonial) que estén dispuestas de manera voluntaria (previo consentimiento informado), a llevar un tratamiento mediante la asesoría psicológica. *Criterios de exclusión:* Mujeres que no pertenezcan a la comunidad de San Antonio el Llanito, que no estén dispuestas al tratamiento psicológico y menores de edad.

Diseño del estudio

Diseño de caso *pre prueba - post prueba* de tipo mixta pues, Hernández, Fernández, y Baptista, 2000, afirman que "... Los estudios de caso poseen sus propios procedimientos y clases de diseños. Los podríamos definir como "estudios que al

utilizar los procesos de investigación cuantitativa, cualitativa o mixta; analizan profundamente una unidad para responder al planteamiento del problema, probar hipótesis y desarrollar alguna teoría" (p.224).

Tipo de Intervención: Asesoría psicológica pues es un tipo de Intervención de corta duración muy intencionada hacia problemas específicos y centrados en el presente; por lo que se consideró llevarla a cabo con las pacientes de violencia de género, mediante una evaluación previa y un tratamiento no mayor a ocho sesiones bajo el modelo de autoeficacia percibida.

Instrumentos

Pre-test:

- Consentimiento informado. **(Ver anexo 1).**
- Entrevista Semiestructurada para Mujeres que viven en Situación de Violencia de Pareja (Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 1992, modificada en 2006; en SSA, 2010). **(Ver anexo 2).**
- Escala de evaluación del tipo y fase de la violencia de género (EETFVG) de Jara & Romero (2010). **(Ver anexo 3).**
- Formato de observación. **(ver anexo 4)**

En la Plática informativa respecto a la violencia de género impartida en la comunidad de San Antonio el Llanito, Edo. de México, se aplicó a todos los participantes el test empleado en la alerta de género del estado de San Luis Potosí (GSLP, 2018), el cual le proporcionó a cada participante el índice de abuso ejercido por su pareja bajo los siguientes puntajes:

- 0 a 11: RELACIÓN NO ABUSIVA. Tal vez existen algunos problemas que se presentan comúnmente en los hogares, pero se resuelven sin violencia.
- 12 a 22: PRIMER GRADO DE ABUSO. La violencia en la relación está comenzando. Es una situación de ALERTA y un indicador de que la violencia puede aumentar en el futuro.

- 23 a 34: ABUSO SEVERO. Necesitas considerar seriamente la búsqueda de ayuda institucional o privada; y dejar la casa provisoriamente.
- 35 a 45: ¡ABUSO PELIGROSO! Necesitas considerar en forma URGENTE la posibilidad de dejar la relación en forma temporal y obtener apoyo externo (policía, legal). El problema de violencia no se resuelve por sí mismo o con sólo desearlo ambos. Tu salud física o mental puede quedar permanentemente dañada y tu vida puede llegar a estar en peligro de muerte en más de una ocasión.

El puntaje obtenido únicamente fue conocido por cada uno de los asistentes, propiciando el interés de participación voluntaria en las asesorías psicológicas de 3 mujeres del total de participantes en la reunión (12).

La entrevista inicial es una herramienta útil dentro de la evaluación psicológica, Keefe (1979), señala seis importantes funciones que cumple la entrevista en este ámbito: 1.- Como una forma de reunir información sobre la historia conductual del paciente. 2.- Como un método de especificación y definición de los problemas objeto de atención. 3.- Como un método para identificar los factores de control del ambiente actual del paciente. 4.- Como una muestra de conducta del repertorio del paciente, esto es como la oportunidad de observar el comportamiento del paciente en tanto su conducta verbal. sus maneras, sus gestos, su apariencia física, su forma de interactuar con otros, etc. 5.- Como una oportunidad para compartir información con el paciente acerca del abordaje de los problemas desde el punto de vista conductual. 6.- Como una oportunidad para iniciar el reforzamiento social y el establecimiento de lazos interactivos positivos con el paciente.

Por otra parte, la Escala de evaluación del tipo y fase de la violencia de género (EETFVG) de Jara & Romero (2010), consta de dos partes, la primera con un total de 28 ítems, **mide los comportamientos que subyacen al tipo y fase/s de la violencia.** la siguiente parte con 14 ítems, **evalúa el grado de acuerdo o desacuerdo que poseen las mujeres afectadas sobre algunas creencias relevantes** para prevenir, erradicar y resolver la violencia contra las mujeres.

Post-test:

Con el objeto de poder tener una perspectiva de impacto respecto a las creencias y conductas presentadas por las participantes al inicio de la evaluación relacionados con la violencia de género, se aplicó nuevamente el cuestionario Escala de evaluación del tipo y fase de la violencia de género (EETFVG) de Jara & Romero (2010) permitiendo comparar sus creencias y conductas de inicio y las mismas al final del tratamiento; de la mano del inventario de áreas de cambio IAC permitiendo a las pacientes reconocer sus cambios efectuados durante el proceso terapéutico.

Retomando lo que Bandura 2001 opina en relación a cómo interviene la autoeficacia en relación a lo que la gente siente, piensa y actúa, respecto a los sentimientos y, como las creencias de eficacia influyen en los pensamientos de las personas, en su grado de optimismo o pesimismo y, en los cursos de acción que ellas eligen para lograr las metas que se plantean para sí mismas; tanto la EETFVG como el IAC en el post- test brindarán los resultados de autoeficacia que se espera las pacientes hayan alcanzado.

- Escala de evaluación del tipo y fase de la violencia de género (EETFVG) de Jara & Romero (2010) **(Ver anexo 3)**.
- Inventario de áreas de cambio (IAC), reconocimiento de Autoeficacia Percibida Vázquez, (2009) **(Ver anexo 5)**.

Materiales (Ver anexos)

- Carteles. – **(Anexo 6)**
- Volantes. – **(Anexo 7)**
- Sillas. -
- Lapiceros. -
- Hojas en blanco. -

- Test. – (GSLP, 2018), (**Anexo 8**).
- Copias fotostáticas (instrumentos citados anteriormente).

Procedimiento

Este proyecto se realizó en tres fases:

Fase 1: Promoción: Se contactó a la autoridad local (delegado) así como directores escolares para plantearles el proyecto y puedan dar su visto bueno para poder llevar a cabo la promoción en la comunidad y escuelas (kínder, primaria, secundaria, telebachillerato comunitario) de la localidad de San Antonio el Llanito, municipio de Ocoyoacac, Edo. Méx. Una vez obtenido el consentimiento de las autoridades correspondientes se realizó la promoción de asesorías psicológicas (gratuitas), mediante carteles que se pegaron en las escuelas de la comunidad, así como el reparto de volantes al exterior de las mismas con padres y madres de familia que acuden llevado a sus hijos al colegio, se realizó una plática informativa enfocada a la prevención y erradicación de la violencia de género, donde las personas se informaron respecto a las acciones legales, médicas y psicológicas con las que cuentan las mujeres que son violentadas; contando con la participación de una licenciada en derecho, una médico general (quienes forman parte de la comunidad y muy amablemente accedieron a participar en este proyecto), en conjunto con esta servidora, en pro del trabajo multidisciplinar en beneficio de nuestra comunidad; antes de finalizar esta plática se aplicó un test tomado de la alerta de género del gobierno San Luis Potosí que consta de 15 preguntas (Ver anexo 8), mostrando en su puntaje a los participantes el índice de abuso que pudieran estar padeciendo, donde el resultado solo lo conoció la participante; lo cual ayudo en la captación de mujeres que (voluntariamente) solicitaron el apoyo psicológico.

Fase 2: Evaluación: Se realizó una entrevista inicial recogiendo la historia clínica (ver anexo 2), de las pacientes previo consentimiento informado (ver anexo 1), así como el motivo de consulta, del mismo modo se llevó a cabo la observación directa (ver anexo 4), con cada una de ellas (durante la entrevista inicial), además se aplicó a cada una de las pacientes una escala evaluativa del tipo y fase violencia de género (EETFVG), instrumento que consta de dos partes, la primera con un total de 28 ítems, mide los comportamientos que subyacen al tipo(s) y fase(s) de la violencia, la siguiente parte con 14 ítems, evalúa el grado de acuerdo o desacuerdo que poseen las mujeres afectadas sobre algunas creencias relevantes para prevenir, erradicar y resolver la violencia contra las mujeres. Las asesorías psicológicas se realizaron de manera individual, considerando de 6 a 8 sesiones, de 50 a 60 minutos aproximadamente por sesión (ver carta descriptiva esquema de trabajo) bajo el modelo de autoeficacia percibida, apoyada de las siguientes técnicas cognitivo conductuales, creencias irracionales (trec), relajación (respiración abdominal diafragmática), entrenamiento en asertividad y autoafirmaciones.

Fase 3: Post- evaluación y seguimiento: La última sesión del tratamiento estuvo destinada a la aplicación de la post-evaluación mediante la escala de evaluación del tipo y fase de la violencia de género (EETFVG) de Jara &Romero (2010), ver anexo 3), misma que se aplicó en la fase dos, a modo de comparar la efectividad de las asesorías psicológicas; aunado al inventario de áreas de cambio (IAC, ver anexo 5), valoración de la autoeficacia percibida; que captó la perspectiva de los cambios realizados que consideró la paciente conforme a: la autoeficacia para el funcionamiento personal, automotivación, decisión para la realización de nuevas conductas, incremento de afectividad, pesimismo, desvalorización, autosugestión positiva, creencias culturales; así como su grado de satisfacción con los cambios realizados.

Seguimiento: Se realizó una asesoría individual dos semanas después de haber terminado el tratamiento con las participantes, donde se analizó si la expectativa de autoeficacia de la participante (según Roca 2002, comprende 4 fuentes

fundamentales, cuyas vías de acción se interrelacionan e interfieren. Estas fuentes son: Los logros de la propia ejecución, las experiencias vicarias, la persuasión verbal, estados fisiológicos), se seguía manteniendo, a manera de comprobar la efectividad de las asesorías psicológicas una vez concluido el tratamiento.

CARTA DESCRIPTIVA Esquema de trabajo

	Sesión 1 y 2 EVALUACIÓN	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6 POST EVALUACIÓN	Sesión 7 SEGUIMIENTO
Técnica	Rapport Encuadre (consentimiento informado) Entrevista inicial, Pretest (valoración inicial anexo1).	Psicoeducación: las tres fases ABC de la técnica de reestructuración. Explicación de los pensamientos irracionales.	FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas. Respiración diafragmática.	<i>Asertividad</i>	Post-Evaluación.	<i>Efectividad del tratamiento</i>
Tiempo	1 hora	1 hora	1 hora	1 hora	1 hora	1 hora
Objetivo específico	Consolidar una alianza terapéutica y realizar valoración inicial.	Ahondar respecto a los pensamientos que impiden una buena relación con la pareja.	Adiestrar a la paciente para que reconozca sus fortalezas y debilidades: además de las oportunidades y amenazas que puedan existir, de la mano de enseñarle el proceso de la relajación diafragmática. también se le pedirá lleve a cabo un autorregistro de pensamientos, conductas y acciones que le generen malestar.	Desarrollar conductas no-verbales asertivas. Aprender a decir NO.	Valorar la efectividad del tratamiento.	Saber si las modificaciones realizadas durante el tratamiento se han mantenido.

Materiales	-Aplicación de entrevista inicial. -Aplicación del Test Jara and Romero (2010).	-Hojas de colores -Plumones	-Hojas en blanco. -Lapicero. -Formato autorregistro .	- Hojas de colores y lapicero.	Aplicación del Test Jara and Romero (2010). Inventario de áreas de cambio (IAC)	-Hojas en blanco. -Lapicero.
Acciones del Terapeuta	Establecer el objetivo terapéutico. Sensibilizar a la paciente para que considere importante llevar a cabo acciones que favorezcan su autoeficacia.	Explicación de la terapia cognitivo-conductual y del proceso ABC pensamientos irracionales, guiar a la participante hacia pensamientos racionales que favorezcan la confianza en sí misma.	Motivar a la paciente para que lleve a cabo decisiones que favorezcan su autoeficacia; así como darle a conocer la importancia de llevar a cabo autorregistro .	Instruir a la paciente respecto a procedimientos asertivos que consoliden su autoeficacia a través del juego de roles.	Diseñar en conjunto con la paciente un listado de pensamientos que permitan mantener a futuro el progreso del comportamiento deseado.	Verificar Los logros de la propia ejecución, las experiencias vicarias, la persuasión verbal, estados fisiológicos. Hacer listado de acciones realizadas durante este periodo.
Acciones del Paciente	Desarrollar la expectativa de ser capaz para realizar determinadas acciones.	Adquirir la decisión para llevar a cabo su decisión en nuevas acciones.	Auto motivarse (yo he podido, yo puedo, los demás pueden) para llevar a cabo las conductas a modificar.	Si la paciente tiene alguna situación particular donde tenga problemas para decir NO, puede hacer una lista de dichas situaciones en una hoja en blanco, para después trabajarlas dentro de la terapia.	Reconocer sus puntos fuertes y puntos posibles a seguir modificando.	Continuar alimentando su autoeficacia.
Valoración	Cuestionar a la paciente ¿Vale la pena el resultado para lo cual me sirve hacer esto?, ¿Qué tan accesible	Verificar con el paciente ¿Qué tan decidida está para llevar a cabo la	¿Cuál es la evidencia para pensar esto?, ¿Esto es siempre verdadero en mi vida?,	Indagar con la paciente factores que puedan impedir lleve a	Lo que hizo la paciente produjo los resultados esperados, se nota el cambio en la paciente.	

	resulta para mi hacer esto?	modificación de pensamiento?	¿Esta idea promueve mi bienestar?	¿Cabo las acciones deseadas. ¿Qué te sientes capaz de hacer?	Probar la efectividad del modelo de autoeficacia.	
--	-----------------------------	------------------------------	-----------------------------------	--	---	--

RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en la PRE y POST evaluación de 3 mujeres víctimas de violencia de género, la evaluación psicológica se inició con 3 mujeres quienes, y para efecto del principio de confidencialidad serán nombradas como participante 1, 2 y 3. Se realizó una entrevista inicial (anexo 2) previo consentimiento informado (anexo 1), recogiendo la historia clínica de las pacientes; así como el motivo de consulta, del mismo modo se llevó a cabo la observación directa (anexo 3), con cada una de las pacientes durante la entrevista inicial, además de aplicar a cada una de las pacientes una escala evaluativa del tipo y fase violencia de género (anexo 4), con la finalidad de conocer el impacto de la intervención (asesoría psicológica), develando la siguiente información:

Caso 1.

Tabla 1. Datos socioeconómicos de la participante 1.

Ficha de identificación			
Nombre:	P1		
Edad:	61	Estado civil:	Casada
Sexo:	F	Expediente No: 001	
Fecha de evaluación:	03- sep-2019	Escolaridad: Carrera Técnica	

Domicilio:	San Antonio el Llanito, Edo. Méx.
-------------------	--

Motivo de Evaluación: P1

Es una mujer aparentemente segura de sí, trasplantada de riñón desde hace más de 14 años, quien después de haber participado en la plática informativa de violencia de género dentro de la comunidad, reconoce que se ejerce sobre ella la violencia de tipo psicológico y económico por parte del esposo, pues ella lo denomina como: “codo” (casada con el desde hace 10 años) e hija (de otra pareja), solicitando libremente la asesoría psicológica.

Caso 2.

Tabla 2. Datos socioeconómicos de la participante 2.

Ficha de identificación			
Nombre:	P2		
Edad:	30	Estado civil:	Soltera
Sexo:	F	Expediente No: 002	
Fecha de evaluación:	03- sep-2019	Escolaridad: Estudios universitarios truncos	
Domicilio:	San Antonio el Llanito, Edo. Méx.		

Motivo de Evaluación: P2

Es una mujer reservada que ha padecido algunas crisis de ansiedad (temor a andar en la calle sola y que algo le pueda ocurrir) mantiene un noviazgo desde hace 7 años, a raíz de la plática informativa (acompañada por su madre) solicita el servicio de asesoría psicológica pues reconoce que se ejerce sobre ella por parte de su novio violencia del tipo psicológico con acciones tales como: “se molesta porque platico con mis amigos, por la ropa que en ocasiones me pongo, etc”. Además, refiere tener pensamientos como: “me da miedo salir a la calle sola, siento que algo malo me ocurrirá en cualquier momento”

Caso 3.

Tabla 3. Datos socioeconómicos de la participante 3.

Ficha de identificación			
Nombre:	P3		
Edad:	45	Estado civil:	Casada
Sexo:	F	Expediente No: 003	
Fecha de evaluación:	03- sep-2019	Escolaridad: Doctorado	
Domicilio:	San Antonio el Llanito, Edo. Méx.		

Motivo de Evaluación: P3

Es una mujer que aparenta ser segura de sí misma, con sobrepeso, se le han diagnosticado diversas situaciones de salud como lupus, pre diabetes y ansiedad, el año pasado se le practicó una colostomía; es atendida a raíz de la plática informativa respecto a la violencia de género en la comunidad, solicita la asesoría psicológica pues reconoce se ejerce sobre ella violencia de género de tipo psicológico por parte de su esposo (Asperger), afirmando que: “existe una incompatibilidad muy fuerte en mi relación de pareja y no soy feliz”.

MODELO

1.- Modelo de autoeficacia percibida:

- Los logros de la propia ejecución.
- Las experiencias vicarias.
- La persuasión verbal.
- Estados fisiológicos.

Listado De Técnicas

2.- Estrategias empleadas en las sesiones

- Psicoeducación: las tres fases ABC de la técnica de reestructuración, y explicación de los pensamientos irracionales.
- Respiración diafragmática.

- Relajación autógena de Schultz.
- Entrenamiento en asertividad.
- Autoafirmaciones.
- Autorregistro.

A pesar de que la autoeficacia es una compleja formación psicológica que se va conformando desde los estadios tempranos del ciclo vital y en función de ello la persona trata de conservar dicha autoimagen durante toda la vida, a lo largo de su existencia está siendo sometida a una serie de influencias que hacen de la autoeficacia una dinámica formación que no permanece estática en modo alguno en tanto la persona interactúa constantemente con los retos y avatares de la vida cotidiana que fortalecerán o debilitarán en uno u otro grado sus expectativas de confianza en sí misma (citado en Roca, 2002). El autorregistro, consiste en recopilar información sobre la propia conducta para el establecimiento de la línea base. Es conveniente entrenar a la persona a trasladar los datos del registro en forma gráfica para su fácil interpretación con el fin de incrementar su motivación (Kanfer 1970; en Rezk, 1976).

Presentación de Resultados

Los resultados de esta práctica se presentan mediante la estadística descriptiva puesto que los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de las personas, grupos, comunidades o cualquier fenómeno que sea sometido a análisis. Específicamente “Miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigarse, para así describir lo que se investiga” (Hernández, Fernández, y Bautista, 2000, p.63).

De este modo los instrumentos empleados en la Pre-Evaluación proporcionaron de las participantes (1,2 y 3), la siguiente información:

a) Emocional

Participante 1: presenta dificultad respecto a la valoración de su propia persona, pese a que presenta dificultades motoras (problemas para caminar debido al

trasplante de riñón) ella cree que: “mi responsabilidad consiste en hacer todos los quehaceres de la casa”, por lo que termina generalmente agotada al finalizar el día. Del mismo modo, tiene la idea que: “por ser pensionada puedo completar el gasto familiar y no veo necesario pedirle dinero a mi esposo” pues lo cataloga como “codo”, y para evitar discutir, ella absorbe los gastos que considera hacen falta en el hogar. En la semana que solicitó la asesoría psicológica, ella discutió fuerte con su marido, pues este llegó en estado de ebriedad, por lo que ella no quiso tener sexo, entonces él se molestó y la tomó fuertemente de una pierna lastimándola físicamente, algo que en el tiempo que llevan de casados (10 años) nunca había sucedido y que generó una separación momentánea con él. Su hija (de otra pareja) no está de acuerdo con su relación y esto le provoca un desequilibrio emocional pues le gustaría estar bien con ambos (hija, esposo) pero estos no se llevan bien.

Por otra parte, **la participante 2**, tiene una percepción más clara de la violencia física, no así de la psicológica pues padece fuertes crisis de nerviosismo y de que algo malo le ocurrirá si sale de casa, por lo que lleva 9 años sin realizar actividades fuera de ésta, abandonó sus estudios y requiere de un acompañante para hacer cualquier actividad fuera de casa (ejercicio, reunión con amigos, ir a la tienda, entre otras) inclusive bañarse; lleva 7 años con su novio el cual, a decir de ella, “en los últimos meses se ha mostrado un poco distante, cuando llego a salir con él, me prohíbe usar algún tipo de ropa, o visitar a mis amigas”; inclusive si ella tiene la intención de realizar alguna actividad que le ayude a eliminar sus miedos (clases de baile) él le dice que “no y que aprenderá a bailar para que sea él quien le enseñe”; ella justifica las conductas de su novio pues refiere que él es bueno y le tiene paciencia cuando tiene ella sus crisis y que sería incapaz de golpearla.

El caso de **la participante 3** pese a que de las tres participantes es la que presenta un nivel de estudios elevado, su manejo emocional es deficiente pues presenta varios pensamientos irracionales y conductas poco favorables para su estado físico (diagnosticada con Lupus, prediabetes, ansiedad generalizada, apenas hace un año le realizaron una cirugía por colostomía), no lleva una dieta balanceada y actividad

física nula (tiene sobrepeso), tiene una percepción de ella totalmente desvalorizada, pues afirma que es consecuencia de varias creencias que fue consolidando desde su niñez hasta la fecha, vive rodeada de miedos, su relación de pareja es más deficiente aun pues según ella refiere a tenido muchos problemas desde que se casó y aunque asegura que su esposo “no le pondría nunca la mano encima”, ella suele ser demasiado reactiva cuando se molesta con él, asegura que: “existe una incompatibilidad muy fuerte en su relación y no es feliz”.

Las tres participantes presentan poco cuidado en su aspecto físico y arreglo personal.

b) Familiar

Participante 1: tiene dos hijos (de diferentes parejas) y dos nietas, ambos hijos de ella casados, Yola vive en su casa con su esposo (anteriormente viudo), su hija menor el esposo de ella y su nieta, la ausencia en este momento de su esposo por la diferencia que tuvieron a decir de ella “no es significativa, aunque admite extrañarlo”. Para ella su esposo es una “buena persona”, sin embargo, lo considera exigente y “codo” pues solo aporta una pequeña cantidad al gasto de la casa pues él dice que: “no va a mantener a su hija”; tanto la hija de la participante 1, como su yerno trabajan por lo que la participante 1 se queda al cuidado de la nieta de 4 años y de las labores de la casa pues a decir de ella “tanto su hija como el yerno no son muy ordenados”, a la participante 1 le cuesta trabajo caminar rápidamente pues es trasplantada de riñón y tuvo un infarto cerebral por lo que algunos movimientos se le dificultan. Se esmera por tener la casa en orden, pero ella refiere que: “nadie lo nota ni se lo agradece”, lo que le hace sentir triste; además comenta que no es físicamente afectiva solo de manera verbal, su relación con sus hermanos (9 hermanos) es ocasional, pero se lleva bien con todos. Le cuesta trabajo tomar decisiones y ser asertiva, a decir de ella a veces se siente regañada o con miedo de decir algo por temor a que se moleste su hija.

En el caso de **la participante 2** vive con su mamá, 2 de sus tíos (hermanos de su mamá), su hermano, su cuñada y su sobrinita, refiere haber visto a su padre en dos

ocasiones en su infancia y después de ahí no volver a saber de él. ella es la menor de 4 hermanos su relación familiar la percibe como buena pues su familia desde que ella empezó a tener sus crisis nerviosas en todo momento la han apoyado; inclusive a sugerencia de una de sus tías la llevaron con un curandero pues pensaba que le habían embrujado; esta participante 2 considera que el matrimonio es un paso que hay que reflexionar pues ha visto problemas desagradables con las parejas de sus hermanos; últimamente su hermano discutió fuertemente con su esposa y la golpeo algo que a ella le molestó mucho y lo reprendió; sin embargo los tíos varones intervinieron y no le dijeron nada a él, por el contrario fomentan la cultura machista; La madre de la participante 2 y su cuñada son las que trabajan para el sostén de la casa; la participante 2 se encarga de los quehaceres de la casa así como de preparar la comida y atender a los tíos y hermano que no trabajan.

La participante 3 vive con su esposo y un primo (sobrino de su mamá), los tres habitan la casa de su mamá que falleció hace 5 años, ella es la menor de dos hermanos varones, no tiene hijos (pues refiere que “así lo decidí con mi pareja”); sin embargo es algo que a ella le pesa; su esposo (neurólogo) trabajaba en un hospital de gobierno y perdió su trabajo aproximadamente hace un año; a decir de ella en este momento absorbe la mayor parte de los gastos del hogar, inclusive en ocasiones él le llega a pedir prestado para pagar la renta del local que ahora tiene para dar sus consultas privadas, siendo algo que a ella le desagrada, pero que sin embargo lo hace porque a decir de ella “pobrecito apenas se murió su mamá y se debe sentir mal, me necesita”. La participante 3 asegura que su dinámica familiar es rutinaria incluso prefiere estar en su trabajo la mayor parte de tiempo antes que en su hogar; también prefiere pasar tiempo con su familia (cuñadas, sobrinos, tías, etc.) pues es ahí donde se siente querida y apoyada.

c) *Social*

A **la participante 1** no le gusta la interacción social, prefiere estar en su casa, ver tele y estar con su nieta, pese a que tiene mucha familia y conocidos casi no los frecuenta, ella refiere que por parte de su esposo no existe ninguna privación de

que salga o visite a sus familiares y conocidos. Le cuesta trabajo interactuar con la familia de su esposo (hijos y nueras de él), pues ella asegura que: “no tengo tema de conversación para entablar con ellos”. Si llega acudir a una fiesta trata de disfrutar el momento y pasarla bien, aunque ella prefiere estar 100% mejor en su casa. Además, diario entre 8 y 9 de la noche se dializa, por lo que ella las pocas veces que llega a salir regresa pronto para realizar su tratamiento.

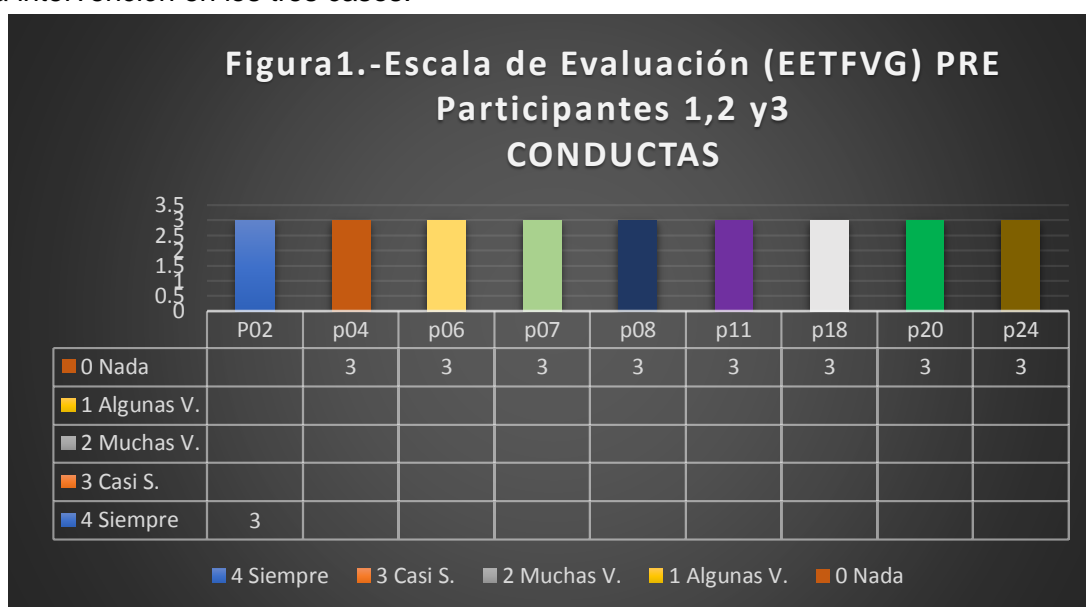
Por su parte **la participante 2**, la mayor parte de interacción social que llega a realizar es con su familia y su novio, ya que a raíz de que anda con él, ella ha tenido que dejar de hablar con sus amigos con quien se comunicaba esporádicamente por Facebook o WhatsApp, puesto que notó que eso le molestaba a su novio, por lo que prefirió dejar de hacerlo; la participante 2 muy rara vez va a fiestas pues afirma que a partir que tiene sus crisis ella evita salir, incluso aunque vaya acompañada.

La participante 3 cuenta con mucha familia que le quiere y le apoya; sin embargo en este momento su amiga de toda la vida como ella así lo refiere, tuvo problemas para contactarla y una vez que la localizó le mandó mensaje y no le ha respondido, lo cual la tiene bastante desconcertada por no saber que ocurrió, esta participante acude a eventos sociales más por compromiso que por gusto, pues afirma que aunque se sienta mal físicamente “si le dicen nos gustaría mucho que estuvieras” siente feo negarse y “tiene que ir”; además le causa mucha incomodidad ir a eventos pues a raíz que le hicieron la colostomía no le agrada andar con su bolsita en el estómago.

PRE-Evaluación

En cuanto a los resultados arrojados de la Escala de evaluación del tipo y fase de la violencia de género (EETFVG) de Jara & Romero (2010). Dentro de los 28 primeros ítems que evalúan los comportamientos que subyacen al tipo y fase/s de la violencia, se aprecia que tanto las participantes 1,2 y 3, de diferente estatus económico y escolar coinciden en un 32.14% de la prueba, relacionada en su primer parte a lo que opinan las mujeres respecto de la violencia física, teniendo los siguientes resultados:

Figura 1. Resultados de los ítems más relevantes obtenidos en la Escala ETFVG previos a la intervención en los tres casos.

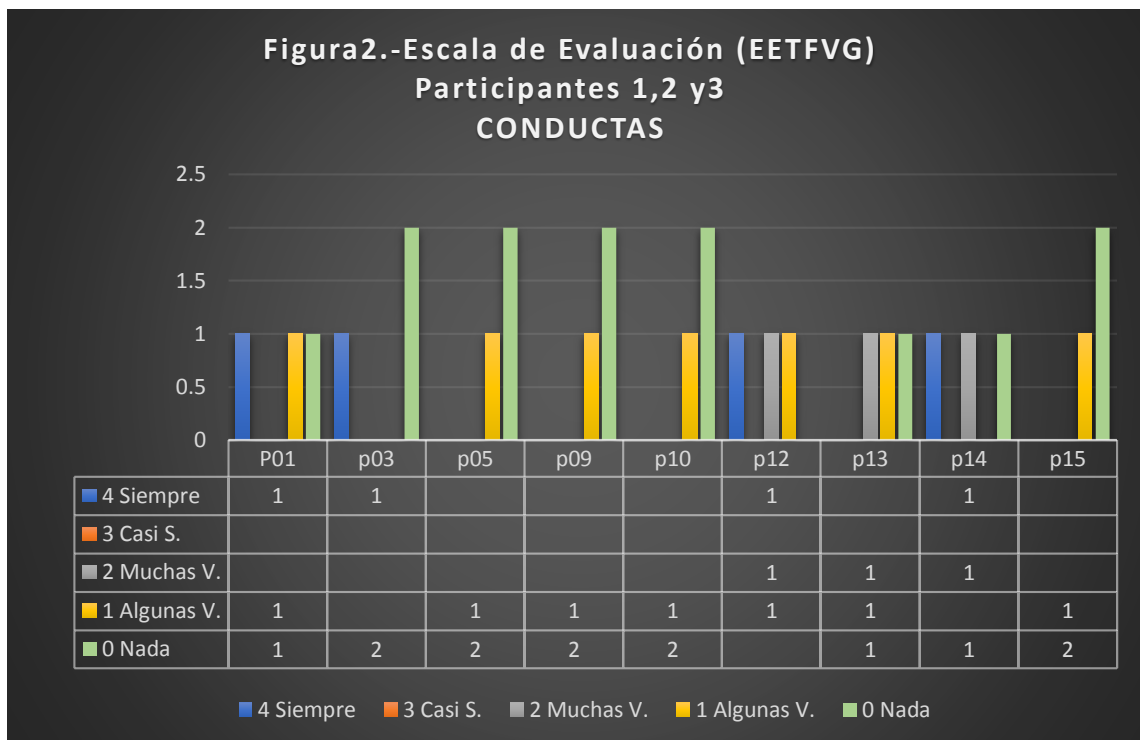


Fuente: Elaboración propia

Para la afirmaciones: considero violencia el hecho de que me empujen si me caigo (P02), las 3 mujeres opinan estar siempre de acuerdo, en el caso de quien te quiere no puede pegarte (P04), me parece normal que mi pareja me pegue si no le hago caso (P06), me pega sin motivo aparente (P07), antes de vivir conmigo yo sabía que mi pareja había pegado a sus parejas anteriores (P08), tengo relaciones sexuales con mi pareja por miedo (P11), trato de ocultar los motivos de mis moretones (P18), lo he denunciado (P20) y, me impide ver a mi familia (P24), las 3 participantes concuerdan con una puntuación de 0, equivalente a no estar nada de acuerdo con estas afirmaciones, lo que denota que las 3 mujeres están conscientes

de las conductas de violencia física y, de no haber recibido este tipo de violencia por parte de su pareja; aunque en el caso de la participante 1 la separación que tiene en este momento con su esposo fue por motivo de tomarla con fuerza y lastimarle físicamente una pierna (ver figura1).

Figura 2. Resultados de los ítems más relevantes obtenidos en la Escala ETFVG previos a la intervención en los tres casos (continuación).

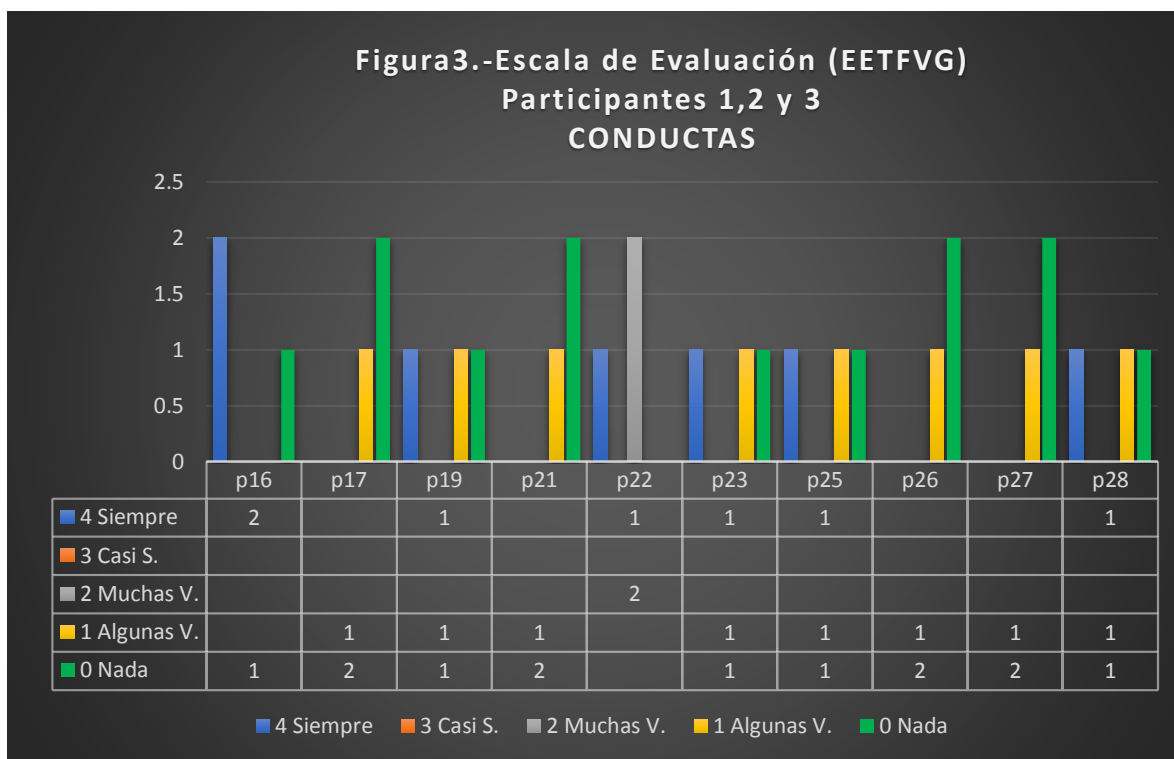


Fuente: Elaboración propia

Para los casos, solo es violencia cuando te golpean a menudo (P03), me siento inútil cuando me golpean (P05), he tenido relaciones sexuales con mi pareja por la fuerza (P09), accedo a tener relaciones sexuales con mi pareja para evitar los malos tratos (P10) y, ha intentado aislarme de mi familia (P15), las 3 mujeres coinciden en no estar nada de acuerdo con estas conductas, las afirmaciones considero violencia el hecho de que me empujen aunque no caiga (P01), considero que hay malos tratos aunque no me ponga la mano encima (P12), él decide por mí (P13) y, ha conseguido aislarme de mis amigos (P14), en las tres participantes se puede apreciar el tolerar

en algunos momentos estas conductas no considerándolas del todo como violencia (ver figura 2).

Figura 3. Resultados de los ítems más relevantes obtenidos en la Escala ETFVG previos a la intervención en los tres casos (continuación).



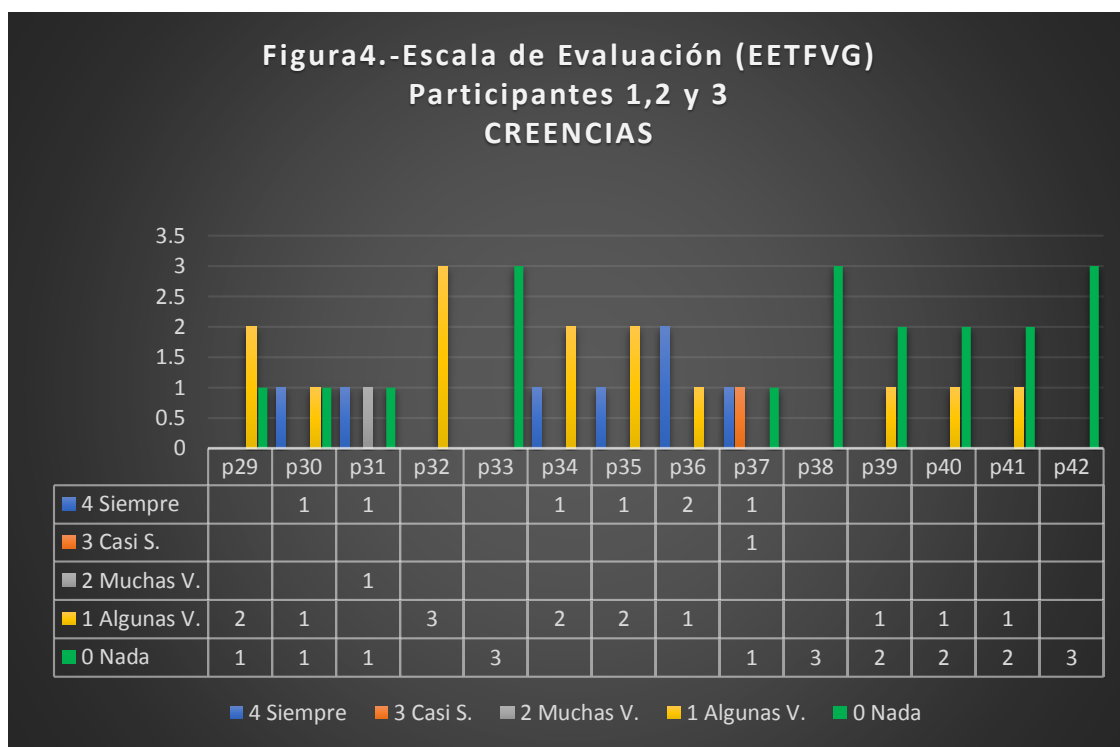
Fuente: Elaboración propia

Por último, para la conducta me siento culpable de lo que pasa (P16), 2 de las 3 mujeres afirman sentirse siempre así, mientras que para las afirmaciones me insulta en cualquier lugar (P17), me asustan sus miradas (P21), creo que sigo “enganchada” a mi marido (P26) y, el arrepentimiento de mi marido me hace sentir culpable (P27), dos de las 3 participantes califican con 0= nada estas afirmaciones; la pregunta siempre estoy en alerta (P19), solo una de las mujeres indica estar siempre en un estado vigilante, para la afirmación me siento sola (P22), la mayoría opina sentirse muchas veces así, en el caso de puedo estudiar fuera de casa (P23), vigila mis actos (P25) y, me gusta cuidar mi aspecto (P28), las tres mujeres coinciden en sus respuestas, cabe resaltar que para la afirmación (P28) solo una de las participante indica que siempre cuida su aspecto; sin embargo y de acuerdo a la

observación aplicada en la entrevista inicial, las tres participantes no muestran esmero en su arreglo personal (ver figura 3).

Por otra parte, el segundo apartado que evalúa el grado de acuerdo o desacuerdo que poseen las mujeres afectadas sobre algunas creencias relevantes para prevenir, erradicar y resolver la violencia contra las mujeres donde las respuestas se encuentran en escala Likert de 5 opciones arrojo:

Figura 4. Resultados de los ítems más relevantes obtenidos en la Escala ETFVG previos a la intervención en los tres casos (continuación).



Fuente: Elaboración propia

En el 42.8% de la prueba las 3 mujeres coincidieron en sus respuestas estando algunas veces de acuerdo para la creencia: yo creo que lo que ocurre en la familia es privado (P32), y nada de acuerdo para las creencias: yo creo que las bofetadas son a veces necesarias (P33), yo creo que hay que aguantar el maltrato por los hijos (P38) y, yo creo que la esposa tiene que aguantar lo que sea por el matrimonio (P42); por su parte para las creencias: Yo creo que la mujer tiene que obedecer (P29), yo creo que la mayoría de los maltratadores son personas fracasadas (P34)

y, yo creo que cuando te casas es para lo bueno y lo malo (P35), la participante 2 y 3 afirman estar algunas veces de acuerdo con estas creencias, en el 50% de la prueba restante las 3 mujeres difieren en sus convicciones resaltando que solo la participante 3 esta nada de acuerdo en que las mujeres somos iguales a los hombres (P30), mientras que, yo creo que mi marido no puede vivir sin mi (P39), yo creo que no lo abandono por que lo quiero (P40) y, yo creo que no lo abandono porque me da pena aunque me pegue (P41), tanto la participante 1 como la 3 están algunas veces de acuerdo con estas, para las creencias, yo creo que las mujeres no llaman a la policía porque protegen a sus maridos (P31) y, yo creo que un hijo/ja sin padre se desarrolla completamente (P37), todas las participantes tiene una percepción diferente, en la última convicción, Yo creo que soy capaz de realizar un proyecto de vida y en solitario (P36), solo la participante 1 asegura no tener la capacidad de hacerlo; denotando que la mayoría de creencias poco favorecedoras para una relación de pareja sana se encuentran más arraigadas en tanto en la participante 1 como en la 3, mientras que para la participante 2 su convicción difiere solo un poco de las otras, cabe mencionar que la participante 2 solo lleva una relación de noviazgo (ver figura 4).

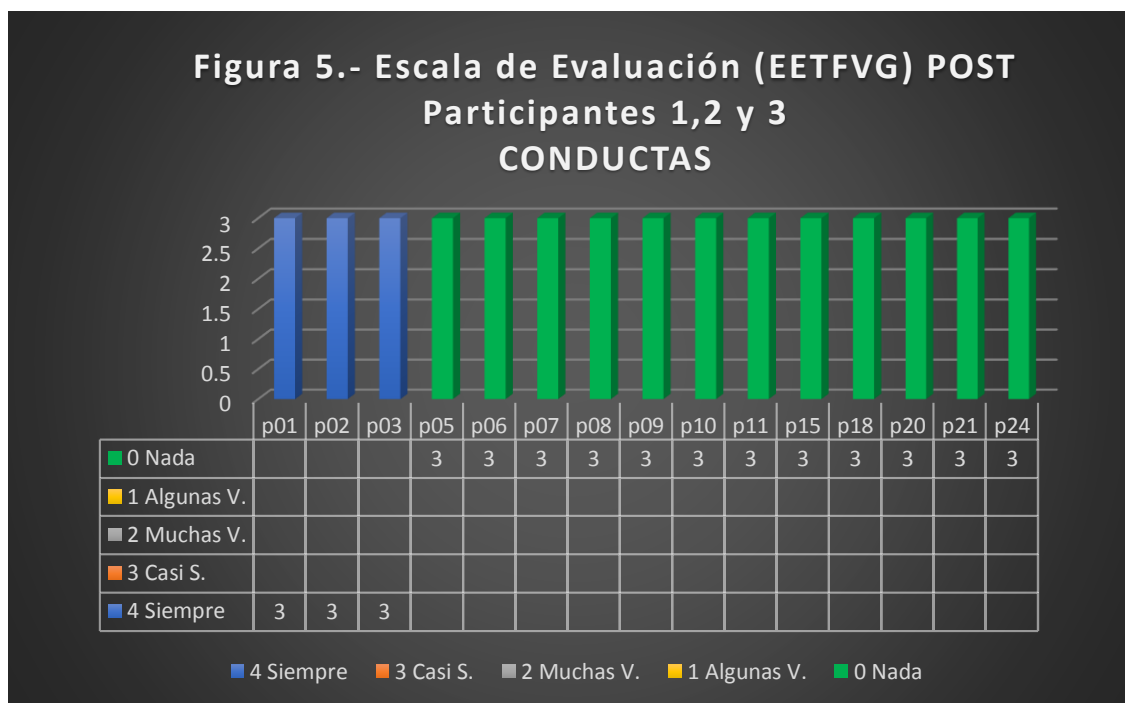
Con base en los resultados anteriores y conforme a los instrumentos aplicados, se puede apreciar que las evaluadas, presentan ciertas conductas y creencias que están afectando sus estilos de vida, autoestima y percepción de pareja, siendo perjudiciales para su salud emocional y física, afectando también el ámbito, familiar y social, de manera que se apicó una intervención a partir del modelo de autoeficacia percibida, con el objetivo de desarrollar en las pacientes las habilidades que les permitan modificar sus conductas y creencias en pro de un estilo de vida saludable. Roca, 2002 resalta "...que el hecho de que las personas, no importa que sean adultos o niños, sean capaces de sentirse valiosas y eficaces en su accionar cotidiano y de poder tener éxito en las actividades en que se empeñen, fortalece tanto su sistema de creencias, que esto las lleva a desempeñarse con mayor nivel de efectividad y eficiencia en su diario quehacer lo que resulta, a manera de feed-

back, en una confirmación y fortalecimiento de sus expectativas de autoeficacia” (P.200).

POST-Evaluación

Después de llevar a cabo la intervención psicológica y con base en la segunda aplicación de la escala de evaluación del tipo y fase de la violencia de género (EETFVG) de Jara & Romero (2010) y, el inventario de áreas de cambio (IAC) percepción de la autoeficacia los resultados arrojados son los siguientes:

Figura 5. Resultados de los ítems más relevantes obtenidos en la Escala EETFVG posteriores a la intervención en los tres casos.

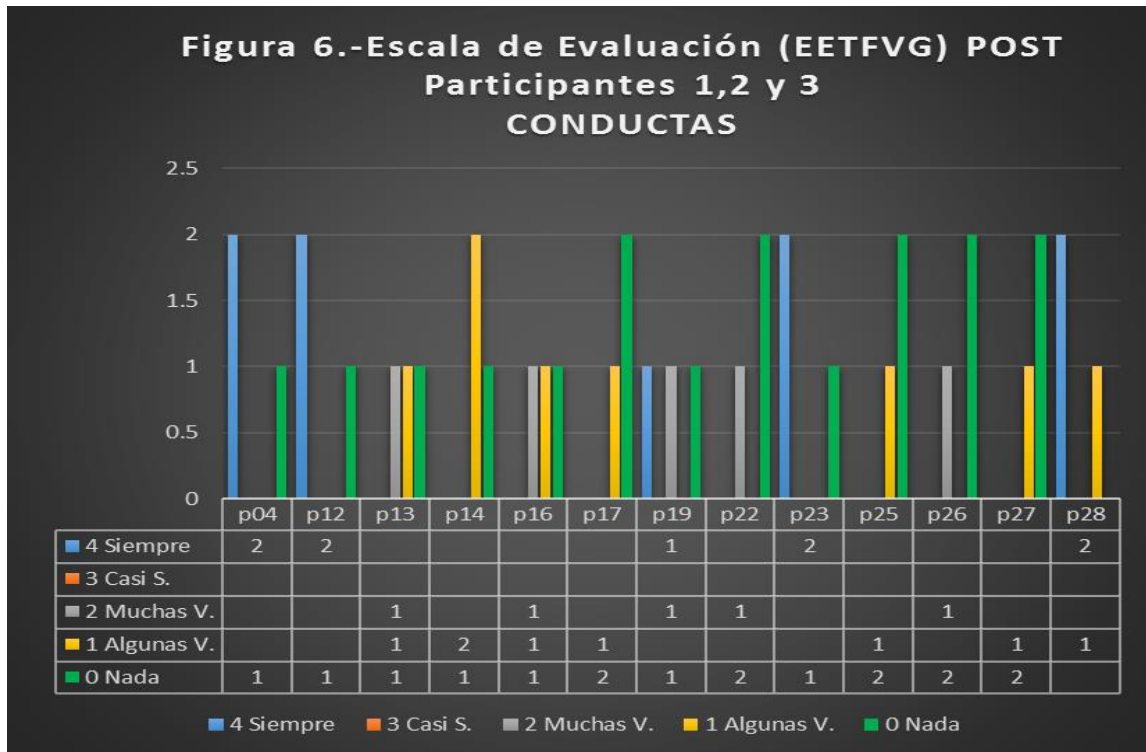


Fuente: Elaboración propia

Con un 53.57% del total para el apartado de conductas que este instrumento maneja coinciden las 3 participantes, estando siempre de acuerdo (p01, p02 y p03) que los comportamientos violentos pueden empezar desde pequeños empujones, hasta estar nada de acuerdo en conductas que las obligan a tener relaciones sexuales forzadas aun estando casadas, a no sentirse inútiles, a no permitir nunca que les pongan la mano encima, a que no les parezca normal los comportamientos violentos

de su pareja, entre otros (p05, p06, p07, p08, p09, p10, p11, p15, p18, p20, p21, p24), lo que denota que tienen en este momento una mejor visión de su valía como mujeres, incrementando su autoestima, disminuyendo sus miedos y teniendo una mejor percepción de la relación de pareja (ver figura 5).

Figura 6. Resultados de los ítems más relevantes obtenidos en la Escala ETFVG posteriores a la intervención en los tres casos (continuación).



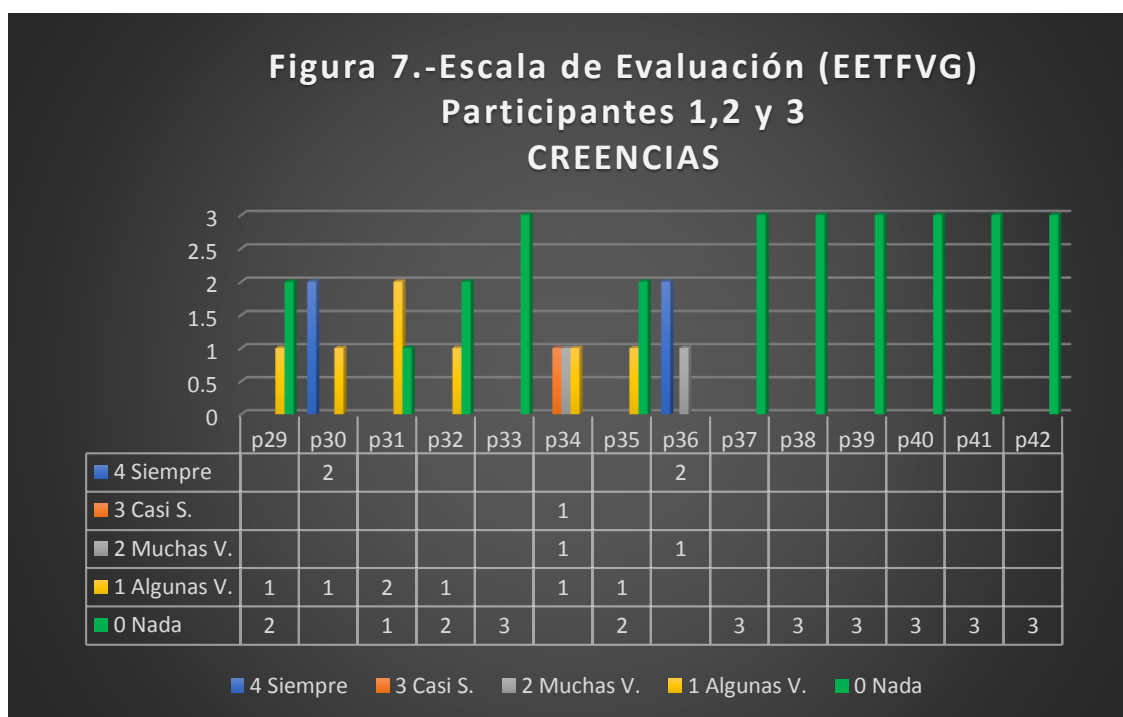
Fuente: Elaboración propia

Por consiguiente, para las conductas (p17, p22, p25, p26 y, p27) tanto la participante 1 como la 2 coinciden en no estar nada de acuerdo con comportamientos relacionados con cualquier tipo de insultos tanto en privado como en la calle y, no seguir enganchadas a su pareja, de manera contraria a la participante 3, pues en estas creencias aun considera que algunas veces puede llegar a darse, sintiéndose ella sola muchas veces; en este mismo tenor se apreciaron leves cambios favoreciendo el no aislarse de amigos o familia, decidiendo por ellas mismas y no sintiéndose culpables de lo que sucede (p14, p13, p16 y, p19), por último, las conductas de tipo quien te quiere no puede pegarte o me gusta cuidar mi aspecto (p,04, p12, p23 y p28), tanto la participante 1 como la 2 mostraron grandes avances

ya que en principio la participante 2 opinaba que era importante pero su arreglo no era esmerado, sin embargo en las últimas 2 sesiones de trabajo estas dos participantes presentaron un arreglo de su persona mucho mejor que al inicio de la sesiones, caso contrario de la participante 3 que en este sentido no presento cambio alguno (ver figura 6).

En relación a la segunda parte de la escala evaluativa (14 ítems), respecto a las creencias se identificaron los siguientes aspectos:

Figura 7. Resultados de los ítems más relevantes obtenidos en la Escala ETFVG posteriores a la intervención en los tres casos (continuación).



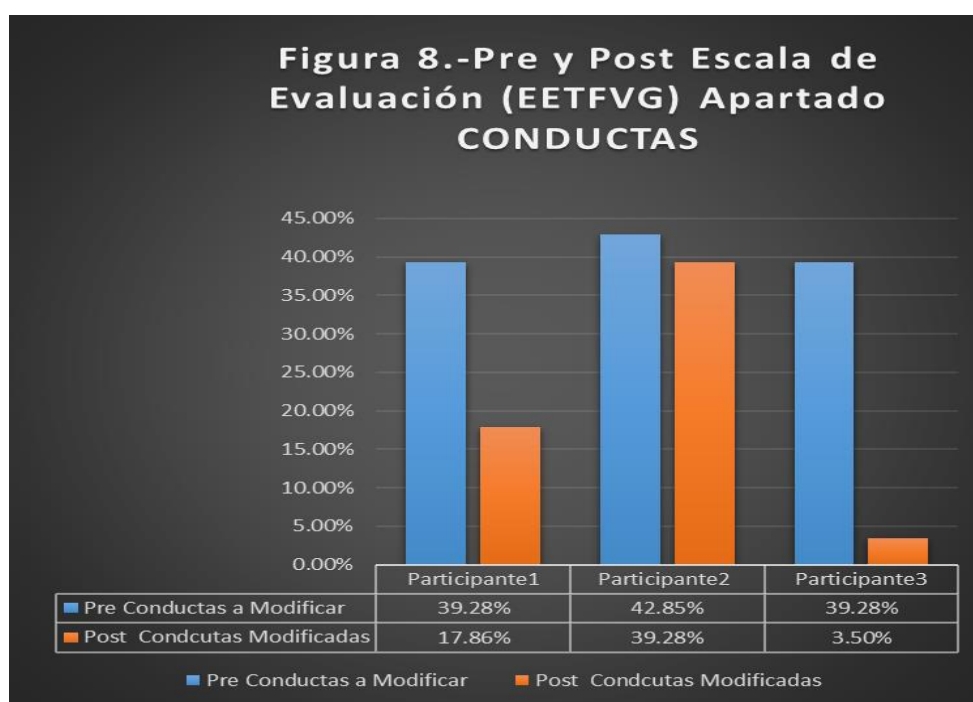
Fuente: Elaboración propia

Las 3 evaluadas coincidieron en NO estar de acuerdo en el 50% de las creencias que se relacionan con la violencia física y psicológica tal como: Creo que las bofetadas son a veces necesarias, en no aguantar los malos tratos por los hijos, no tener problema en cuanto la presencia del padre para que los hijos se desarrollen perfectamente o en considerar que la esposa tiene que aguantar lo que sea por el matrimonio (p33, p37, p38, p39, p40, p41 y p42), en cuanto a los otros 7 ítems

restantes (p29, p30, p31, p32, p34, p35 y p36), las tres participantes tienen una leve modificación respecto a su percepción de inicio como por ejemplo: en la creencia yo creo que lo que pasa en la familia es privado anteriormente todas lo consideraban algo de acuerdo, en este momento creen que es bueno compartirlo con alguien más, salvo la participante 3 quien no cambió su postura; del mismo modo tanto el caso de esta participante 3 como el caso de la participante 1, en estas últimas creencias no se notó un cambio significativo (ver figura 7).

A manera de poder resumir de forma general el efecto que tuvo la asesoría psicológica en cuanto a las conductas y creencias que las 3 mujeres no consideraban como posible violencia se encontró que:

Figura 8. Contrastación de los resultados en la Escala ETFVG previos y posteriores a la intervención del área de conductas en los tres casos.

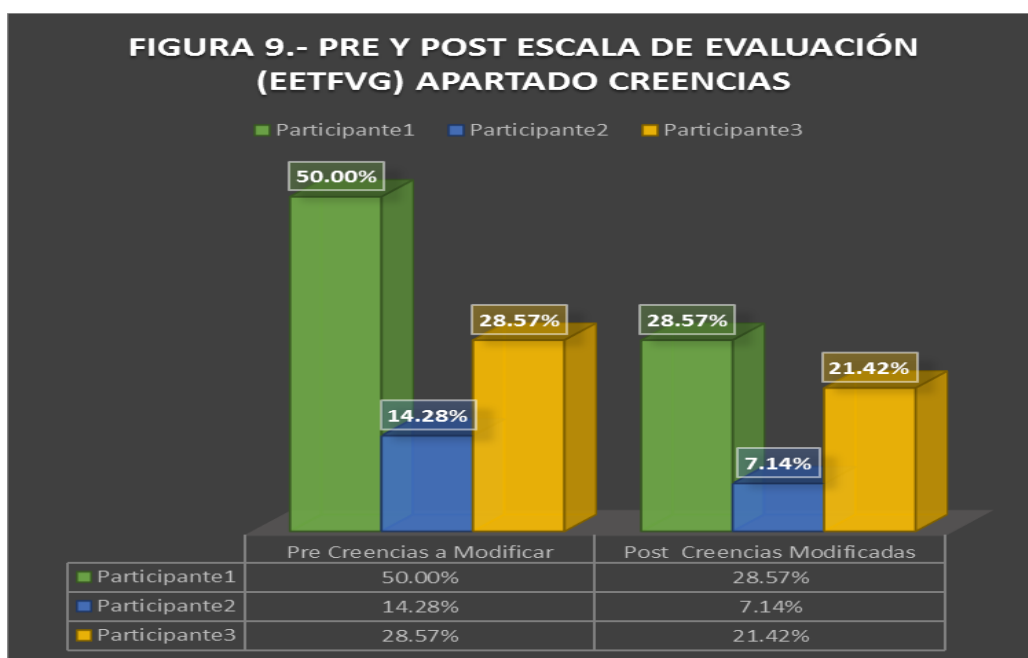


Fuente: *Elaboración propia*

En esta contrastación podemos apreciar que en el caso de la participante 1 de un 39.28% de conductas por modificar, trabajó en un 17.86% presentando durante el tiempo de la asesoría cambios en su manera de pensar, de actuar y mejorando su

arreglo personal; inclusive está intentando arreglar la situación con su esposo y de no ser posible, no sentirse mal, culpable o sentirse sola de no llegar a un acuerdo, el caso de la participante 2 fue el más significativo de las 3 participantes puesto que de un 42.85% de conductas por modificar, logro un 39.28% permitiéndose ser independiente, tomando sus propias decisiones y, sabiendo poner límites con su novio, por último la participante 3, aunque solo muestra un 3.50% de modificación en conductas, esto le ha permitido llevar a cabo acciones de autocuidado como: una dieta equilibrada y activación física, por lo que las 3 mujeres lograron un avance significativo en cambios conductuales que favorece la confianza en sí mismas. (ver figura 8).

Figura 9. Contrastación de los resultados en la Escala ETFVG en el área de creencias previos y posteriores a la intervención en los tres casos.

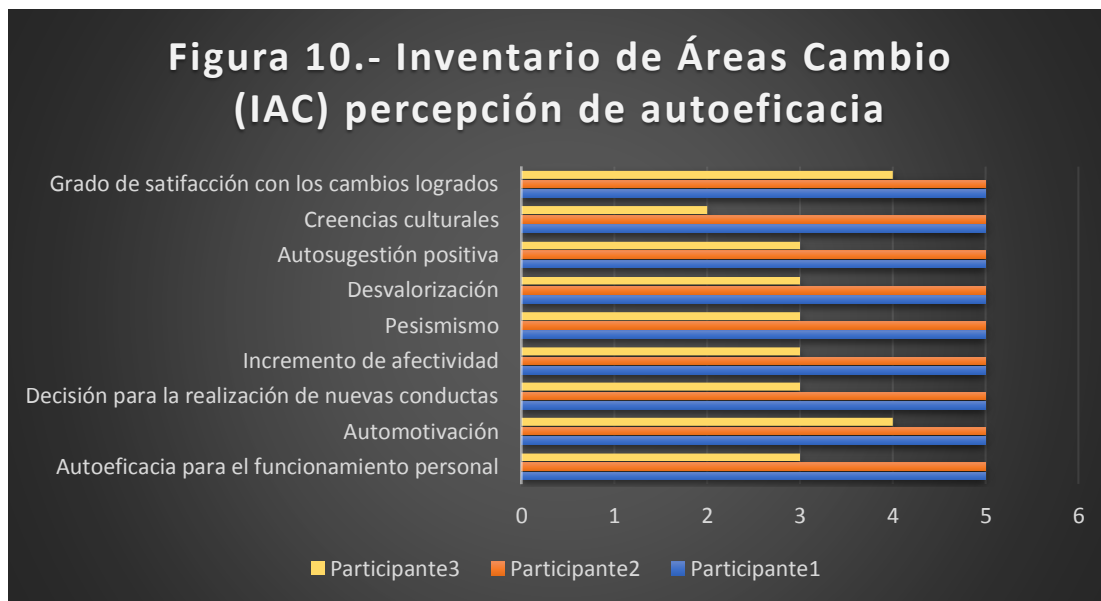


Fuente: Elaboración propia

En este apartado se aprecia el porcentaje que obtuvieron las 3 mujeres en cuanto a su modificación de creencias respecto al que manejaban de inicio y como este cambio influyó en su vida cotidiana, donde el 28.57% que modificó la participante1 en sus creencias, le permitió una mejor valoración de su persona pese a su condición de salud, incrementando su autoeficacia para el funcionamiento personal,

eliminado algunas creencias culturales como que la esposa tiene que aguantar lo que sea por el matrimonio (p42), siendo capaz de tomar sus propias decisiones sin sentirse temerosa de la opinión de otras personas; por su parte la participante2 fue eliminado sus temores, nerviosismo y creencias de que algo malo le sucedería alcanzando un 7.14% lo que reflejó tener un mejor manejo de la asertividad, pero sobre todo buscar un trabajo que, aunque es de manera eventual, le ayudo a confiar en sí misma y lograr lo que hace mucho tiempo no se atrevía hacer; aunque en el caso de la participante 3 el aspecto emocional le cuesta trabajo manejarlo, aunado a su falta de compromiso para realizar algunas tareas como las relajaciones para mejorar sus problemas de ansiedad, tuvo una modificación de sus creencias de un 21.42%, lo cual puede considerarse un avance alentador, puesto que el hecho de empezar a ocuparse de su salud más en forma, puede en un momento dado brindar una mejor percepción de su autoeficacia, tratando de fortalecerla, disminuyendo su nivel de estrés, sintiéndose mejor consigo misma, permitiéndole una relación cordial con su pareja (ver figura 9).

Figura 10. Puntuaciones obtenidas por cada participante en el reconocimiento de autoeficacia percibida a través del Inventario de Áreas de Cambio (IAC) posterior a la intervención.



Fuente: Elaboración propia

Las 3 mujeres reflejan su grado de satisfacción y el efecto que la asesoría psicológica produjo en ellas desde su punto de vista, pudiendo observarse que las participantes 1 y 2 están totalmente satisfechas y convencidas de haber realizado varios cambios, no así la participante 3, pues ella esperaba obtener mejores resultados; sin embargo, los cambios obtenidos en la participante 3 pueden ser un buen comienzo, además puede llevar a cabo la práctica continua de las relajaciones y respiración diafragmática lo que puede apoyar de manera paulatina en la disminución de su ansiedad.(ver figura10).

CONCLUSIONES

La reflexión derivada de este trabajo permite exponer las siguientes consideraciones, primero, la baja percepción de la confianza en las mujeres impide, en la mayoría de los casos, la apreciación de focos de alerta que se presentan en las relaciones de pareja inclusive desde el noviazgo y que poco a poco pueden ir ejerciendo con más fuerza algún tipo de violencia, sin que esta pueda ser considerada como tal, más bien como actitudes normales por parte de la pareja dentro de la relación, justificando y no considerando la afectación que esto conlleva a largo plazo; no importando su edad, status económico o nivel escolar.

Segundo, el ciclo de violencia deja desprotegidas a las víctimas, debido al debilitamiento en su autoestima, el aislamiento, la inseguridad generalizada, la falta de redes sociales, hasta en muchas ocasiones sentirse apenadas, culpables e inseguras de llevar a cabo alguna ayuda psicológica; la promoción de autoeficacia a través de la asesoría facilitó que las participantes desarrollaran medidas de autocuidado.

Tercero, las tres mujeres que llevaron a cabo la asesoría psicológica, modificaron algunas creencias que les impedían tener una mejor apreciación de sí mismas; ser asertivas, poner límites, pero sobre todo aprender a valorarse, permitiéndose cambiar algunas conductas que favorecieron su nivel de autoeficacia en pro de una mejor calidad de vida, tanto en solitario como en pareja; como se puede apreciar en el caso de la participante 1 que, durante el tiempo de la asesoría fue mostrando cambios en su manera de pensar, actuar y arreglo personal; inclusive intentar arreglar la situación con su esposo y de no ser posible, no sentirse mal, culpable o sentirse sola de no llegar a un acuerdo con él, o el caso de la participante 2 quien fue eliminado sus temores, nerviosismo y creencias de que algo malo le sucedería, permitiéndole ser poco a poco independiente, tomando sus propias decisiones, sabiendo poner límites con su novio, siendo asertiva y sobre todo buscar un trabajo que, aunque de manera eventual, le ha ayudado a confiar en sí misma y lograr lo que hace mucho tiempo no se atrevía hacer; aunque de las tres participantes la número 3 fue la que presentó mayor resistencia al cambio en cuanto a

pensamientos negativos, el hecho de que haya empezado a activarse físicamente, y a llevar un control de dieta con un nutriólogo puede en un momento dado brindarle una mejor percepción de sí misma y de su autoeficacia, tratando de fortalecer ambas y disminuyendo su nivel de estrés, sintiéndose mejor consigo misma y, permitiéndole una relación cordial con su pareja.

Por todo lo anterior, se puede decir que los cuestionamientos respecto a ¿Cuál es el impacto de la asesoría psicológica mediante el modelo de autoeficacia percibida en mujeres que son víctimas de la violencia de género, respecto a la modificación de sus creencias y conductas?, ¿Cuál es el nivel de síntomas que presentan las mujeres que han recibido violencia de género?, y ¿Cuáles son los efectos positivos de brindar orientación psicológica y aumentar la autoeficacia en mujeres que han recibido violencia de género?, el presente trabajo ha dado respuesta a las cuestiones mencionadas; el modelo de autoeficacia percibida, mediante la asesoría psicológica, tuvo un gran impacto sobre las pacientes, modificando sus creencias respecto a su capacidad para no llevar a cabo determinadas conductas, orientando y desarrollando en las 3 mujeres habilidades que potenciaron su nivel de confianza en sí mismas, aumentando su autoestima y su estabilidad emocional, concluyendo el 100% de las participantes el tratamiento de manera satisfactoria, cubriendo así los objetivos de este trabajo y corroborando las hipótesis 1,2 y 3; valdría la pena aplicar este modelo a una parte más representativa de la población, para consolidar una efectividad más objetiva; sin embargo, los resultados obtenidos en este cometido fueron bastante gratificantes. Por último, un factor que vale la pena mencionar es el alto índice de violencia de género que se presenta en el municipio de Ocoyoacac, Estado de México, donde nueve de cada diez mujeres padecen violencia física, pocas son las mujeres que se animan a denunciar, siendo todavía menor la cifra que se convence de llevar a cabo un proceso legal o por consiguiente un asesoramiento psicológico. Sin embargo, el trabajo multidisciplinario fortalece la información que se hace llegar a la población, en relación a los apoyos tanto legales y médicos, así como de algunas dependencias públicas y privadas que protegen a las mujeres víctimas de violencia de género.

Referencias bibliográficas:

- Arce-Rodríguez, M. B. (2006). Género y violencia. *Agricultura, sociedad y desarrollo*, 3(1), 77-90. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-54722006000100005&lng=es&tlng=es
- Ayala Salgado, L. y Hernández Moreno, K. (2012). "La violencia hacia la mujer. Antecedentes y aspectos teóricos", en Contribuciones a las Ciencias Sociales. Cuba. Eumed.net. Artículo en red. Recuperado de: <http://www.eumed.net/rev/cccss/20/ashm.html>
- Batres G. (2009). La terapia genero sensitiva con víctimas y perpetradores de la violencia sexual: un aporte Latinoamericano. Costa Rica. MiHost. Artículo en red. Recuperado de: www.giocondabatres.com/modules/news/article.php?storyid=2&page=2
- Blair E. (2009). Aproximación teórica al concepto de violencia: avatares de una definición. *Política y Cultura*, V32. Pp 9-33. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/polcul/n32/n32a2.pdf>
- Borda, X. & Saavedra A. (2017). Diseño y aplicación de un programa de autoeficacia para prevenir el acoso escolar en adolescentes de 11 a 14 años en una unidad educativa de la ciudad de La Paz. *Fides et Ratio - Revista de Difusión cultural y científica de la Universidad La Salle en Bolivia*. 14(14), 35-52. Recuperado de: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2071-081X2017000200004&lng=es&tlng=es.
- Camacho, M., Orozco, L., Ybarra J., & Compeán, L. (2015). Paradigmas en Psicología Clínica: Perspectiva intrapsíquica e interpersonal de modelos de intervención psicológica apoyados en la evidencia. *CienciaUAT*, 9(2), 59-67. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-78582015000100059&lng=es&tlng=es.

CONAVIM (2012). Estudio Nacional Sobre Las Fuentes, Orígenes Y Factores Que Producen Y Reproducen La Violencia Contra Las Mujeres. Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres. México. Cap.1. pp. 4-82. Recuperado de: <http://www.conavim.gob.mx/work/models/CONAVIM/Resource/103/1/images/EstudiosNacionalesTomoIVolumenI.pdf>

Contreras, L. (2014). Factores de riesgo de homicidio de la mujer en la relación de pareja. *Universitas Psychologica*, 13(2), Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/647/64732221023.pdf>

COPSG (2016). Manuales para el Abordaje Profesional Integral de la Violencia contra las Mujeres. *La perspectiva de género en violencia*. Colegio Oficial de la Psicología de Gipuzcoa. Cap2. Pp. 11.-25. España. Recuperado de: <https://www.cop.es/GT/Manual.pdf>

Corsi J. (1994). “*Una mirada abarcativa sobre el problema de la violencia familiar*”. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social. Buenos Aires-México. Paidós. Artículo en red. Recuperado de: https://catedraunescodh.unam.mx/catedra/SeminarioCETis/Documentos/Doc_basicos/5_biblioteca_virtual/7_violencia/16.pdf

Cuervo E. (2016). Exploración del concepto de violencia y sus implicaciones en educación. *Política y cultura*, (46), 77-97. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-77422016000200077&lng=es&tlng=es.

Díaz S. Arrieta M. González F. (2015). Violencia intrafamiliar y factores de riesgo en mujeres afrodescendientes de la ciudad de Cartagena. *Revista Clínica de Medicina de Familia* 2015, 8 (1) Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1696/169639635004.pdf>

Díaz, N. (s/f). Modelo integral de atención a mujeres que viven violencia. Instituto

- Nacional de las Mujeres. México. Cap1. Pp3-11. Recuperado de: <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/PAIMEF/TAB/tab04.pdf>
- Estévez, A. (s/f). ¿Qué es la violencia de género? Xunta de Galicia. España. Igualdade. Artículo en red. Recuperado de: <http://igualdade.xunta.gal/es/content/que-es-la-violencia-de-genero>
- Ferreira, Y. (2016). EL APRENDIZAJE COGNOSCITIVO SOCIAL DE ALBERT BANDURA Y LA TEORÍA PSICOGENÉTICA DE JEAN PIAGET. Venezuela. Artículo en red. Recuperado de: https://www.academia.edu/23341071/EL_APRENDIZAJE_COGNOSCITIVO_SOCIAL_DE_ALBERT_BANDURA_Y_LA_TEOR%C3%8DA_PSICOGEN%C3%89TICA_DE_JEAN_PIAGET_Material_de_consulta_para_el_aprendizaje
- Fernández L., Fernández F., & Cieza A. (2010). Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). *Revista Española de Salud Pública*, 84(2), 169-184. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000200005&lng=es&tlng=es.
- Flórez, L. (2007). *Psicología Social de la Salud. Cap. 2. El desarrollo de la conducta saludable: un proceso segmentado por etapas* (29-68). Bogotá, Colombia: El Manual Moderno.
- García, L. (2012). Violencia hacia la pareja. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Dirección de Servicios Clínicos. México. Artículo en red. Recuperado de: http://www.inprf.gob.mx/transparencia/archivos/pdfs/violencia_pareja_2012.pdf
- García, O., & Matud, A. (2015). Salud mental en mujeres maltratadas por su pareja. Un estudio con muestras de México y España. *Salud mental*, 38(5), 321-327. <https://dx.doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.044>
- Gómez, C. (2014). Factores asociados a la violencia: revisión y posibilidades de abordaje. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 7(1), 115-124.
- Gómez, M., & Peláez, G. (2015). Modalidades de intervención de los psicólogos clínicos en

Medellín, Colombia. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 9(2), 73-83. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v9n2/v9n2a06.pdf>

GSLP (2018). *Círculo de la violencia. Test índice de abuso en pareja*. Alerta de violencia de género. Gobierno de San Luis Potosí. México. Artículo en red. Recuperado de: <http://alertadegeneroslp.org.mx/circulo-de-la-violencia/>

Henales, A., Sánchez, B., Meléndez, C., Espíndola, H. (2007). *Guía clínica de intervención psicológica de mujeres con violencia doméstica*. Instituto Nacional de perinatología. (21). Pp.88-99. México, recuperado de: <http://www.inper.mx/descargas/pdf/Guiaclinicadeintervencionpsicologicademujeresconviolenciadomestica.pdf>

Hernández, S., Fernández, C., y Baptista, (2000). *Desarrollo de la perspectiva teórica: revisión de la literatura y construcción del marco teórico*. México: McGraw-Hill. Recuperado de: https://seminariodemetodologiadelainvestigacion.files.wordpress.com/2012/03/metodolog3_ada-de-la-investigacic3b3n-roberto-hernc3a1ndez-sampieri.pdf

INEGI, (2015). *A propósito del dial internacional de la juventud*. México. (1-10). Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/juventud0.pdf>

INMUJERES (2004). *Violencia de género en las parejas mexicanas. Resultados de la encuesta nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares 2003 México*. ISBN: 968-5552-34-7. Recuperado de: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100776.pdf

Jara & Romero (2010). *ESCALA DE EVALUACIÓN DEL TIPO Y FASE DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO (EETFVG)*. Universidad Jaume. España. Recuperado de:

http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/77672/forum_2009_18.pdf?sequence=1

Lamas, M. (2000). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. México, 7(18),

Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/351/35101807.pdf>

López, A. (2009). Guía metodológica para la asistencia a mujeres víctimas de violencia: Una propuesta de indicadores. *MediSur*, 7(5), 62-83. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2009000500013&lng=es&tlng=es

Martínez, O., & Hernández, A. (2016). Violencia contra las mujeres en el estado de Campeche. Un análisis desde la perspectiva de género. *LiminaR*, 14(2), 28-44. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-80272016000200028&lng=es&tlng=es

Martínez-Pacheco, A. (2016). La violencia. Conceptualización y elementos para su estudio. *Política y Cultura*, (46), (7-31). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/267/26748302002.pdf>

MIMP, (2017). Impacto y consecuencias de la violencia contra las mujeres. Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables. Perú. Artículo en red. Recuperado de: <http://redin.pncvfs.gob.pe/images/publicacion2/impacto-y-consecuencias-violencia.pdf>

Moscoso, V. Pérez, A. estrada, M. (2012). Violencia contra las mujeres en el Estado de México. Informe de Impacto Psicosocial del Femicidio de Nadia Alejandra Muciño Márquez. México. Cap3. Pp.40-60. Recuperado de: <http://cmdpdh.org/publicaciones-pdf/cmdpdh-violencia-contra-las-mujeres-en-el-estado-de-mexico.pdf>

Nieves R. (1996). Violencia de genero un problema de derechos humanos. CEPAL. Artículo en red. Recuperado de: <https://www.cepal.org/mujer/noticias/paginas/3/27403/violenciadegenero.pdf>

- Olivari, C. & Urra, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y enfermería*, 13(1), 9-15. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532007000100002>
- OMS (2019). Violencia contra la mujer. Artículo en red. Recuperado de: https://www.who.int/topics/gender_based_violence/es/
- Perrone R. (2012). El síndrome del ángel. Consideraciones acerca de la agresividad. Buenos aires-México. Paidós.
- Pérez, F. (2004). El medio social como estructura psicológica reflexiones del modelo Ecológico de Bronfenbrenner. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*. ISSN 1579-0207, Vol. 3, N°. 2. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1071166>
- PSS (2014). Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género. Programa sectorial de salud. Gobierno de la República. México. Artículo en red. Recuperado de: <http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/PrevAtnViol/PrevencionyAtnViolenciaFamiliardeGenero.pdf>
- RAE (2018). *Diccionario de la lengua española*. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. 23.ª ed., [versión 23.2 en línea]. Recuperado de: <https://dle.rae.es>
- Romero, I. (2010). Intervención en Violencia de Género: Consideraciones en Torno al Tratamiento. *Psychosocial Intervention*, 19(2), 191-199. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592010000200010&lng=es&tlng=es
- Ramos, C. (1997). El concepto de género y su utilidad para el análisis histórico. Vol.2 pp. 14-29. Revista la Aljaba segunda época. Recuperado de: <http://www.biblioteca.unlpam.edu.ar/pubpdf/aljaba/v02a02ramos.pdf>

- Roca, M. (2002). Autoeficacia: su valor para la psicoterapia cognitivo conductal: self efficacy its importance for the cognitive behavioral therapy. 19 (3). Pp. 195-200. Facultad de Psicología. La Habana. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rcp/v19n3/01.pdf>
- Ruiz, E. (2014). VIOLENCIA DE GÉNERO: “Sobre las mujeres jóvenes en España” Universidad internacional de la Rioja. Cap3. Pp. 8-28. Recuperado de: https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/3088/EstelaAzahara_Ruiz_Doblado.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Scharager, J. (2001). Muestreo no probabilístico. *¿Qué es el muestreo no probabilístico?* Chile. Pp. 1-2. Recuperado de: https://www.academia.edu/4230919/Metodolog%C3%ADa_de_la_Investigaci%C3%B3n_Escuela_de_Psicolog%C3%ADa_Autor_Judith_Scharager_Asistente_Pablo_Reyes_MUESTREO_NO_PROBABIL%C3%8DSTICO_Qu%C3%A9_es_el_Muestreo_No_Probabil%C3%ADstico
- SSA (2006). Informe nacional sobre violencia y salud. *Violencia cotidiana*. México. Cap5. Pp. 123-241. ISBN 970-721-388-4. Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/InformeNalsobreViolenciaySalud.pdf>
- SSA (2010). Atención Psicológica a *mujeres en situación de violencia*. Lineamientos y protocolos. Secretaria de Salud. México. Artículo en red. Recuperado de: http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/PrevAtnViol/MANUAL_ATENCION_PSICOLOGICA.pdf
- SSP (2012). Manual prevención de la violencia de género en diversos contextos. México. Pp.15.19. artículo en red. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/48440/Manual_Violencia_de_Genero_en_Diversos_Contextos2.pdf

- Torres, L., Antón, E. (2010). Lo que VD debe saber de violencia género. *Violencia de género definición internacional*. 21Cartillade divulgación. Obra social. España. Pp. 18-40. Recuperado de: <https://nomasvg.com/download/documentos/guias-y-manuales/Violencia-de-genero-lo-que-usted-debe-saber.pdf>
- Vázquez, M. (2009). Eficacia de un Programa de Entrenamiento en Autoeficacia Específica para el Afrontamiento del Estrés en Pacientes Psicóticos. Tesis doctoral. Facultad de psicología. Granada. Cap.1. pp. 54-68. Recuperado de: <https://hera.ugr.es/tesisugr/18139784.pdf>
- Vera, D. (2008). Factores psicosociales que intervienen en la violencia intrafamiliar en la comuna 5 y 6 de la ciudad de Cúcuta. España. Artículo en red. Recuperado de: <http://www.iea.gob.mx/ocse/archivos/DOCENTES/66%20FACTORES%20PSICOSOCIALES%20QUE%20INTERVIENEN%20EN%20LA%20VIOLENCIA.pdf>
- Villamarín, F. (1994). Autoeficacia: Investigaciones en psicología de la salud. Universitat Autònoma de Barcelona. Anuario No. 61. Pp. 9-18. Recuperado de: <https://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/download/61115/88849>
- LXI Legislatura Cámara de Diputados (2012). Violencia de género en México: Estadística, marco jurídico, presupuesto y políticas públicas. *Estadísticas e indicadores de la violencia de género*. México. Cap. 2. Pp. 23-48. Recuperado de: http://biblioteca.diputados.gob.mx/janium/bv/lxi/viol_gen_mex.pdf

ANEXOS

Anexo 1 Consentimiento Informado



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Iztacala
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia
Licenciatura en Psicología



Fecha: _____

Hago de su conocimiento que la información recabada durante esta sesión evaluativa, será utilizada para realizar una actividad de aprendizaje propuesta en el módulo “Seminario de Titulación en el campo de la Psicología Clínica” dirigido por la Mtra. Christian Sandoval Espinoza, que se imparte en la Licenciatura en Psicología, en el Sistema de Universidad Abierta y a Distancia (SUAYED) de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

Cuyo objetivo consiste en llevar a cabo la evaluación e intervención del caso del participante, mediante la modalidad de asesoría psicológica, misma que será realizada por: Alejandra Edith Torres Fonseca, estudiante del 9º. Semestre, quien se identifica con el número de matrícula 416057465.

Estoy consciente de que los procedimientos y pruebas para lograr el objetivo mencionado consisten en la aplicación de entrevista inicial, así como algunos instrumentos evaluativos acordes a mi caso, tanto al inicio como al final del tratamiento y que no habrá riesgo para mi persona.

Todos los datos serán tratados de manera confidencial y sólo se usarán para fines educativos o formativos.

Acepto voluntariamente la participación en la práctica mencionada.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma del Evaluador

Anexo 2 Entrevista Semiestructurada

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA MUJERES QUE VIVEN EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE PAREJA

(Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 1992; modificada 2006)

Nº:		Fecha:		Terapeuta:	
1. Edad					
Edad cronológica		_____		Edad aparente	
Edad al iniciar la relación		_____		Edad al iniciar la convivencia	
_____		_____		_____	
2. Estado Civil					
Soltera		()		Separada	
				()	
Casada		()		Viuda	
				()	
Unión libre		()		En trámites de separación	
				()	
3. Situación Familiar					
Edad	Sexo	Nombre	Apellido		
_____	_____	_____	_____		
_____	_____	_____	_____		
_____	_____	_____	_____		
Relación con los padres		Viven		Sí ()	
				No ()	
Número de hermanos/relación con los hermanos					
Edad	Sexo	Nombre	Relación		
_____	_____	_____	_____		
_____	_____	_____	_____		
_____	_____	_____	_____		
Percepción de apoyo familiar eficaz					

4. Con quién vive actualmente					

5. Nivel de Estudios					
Lee y escribe		()		Bachiller/técnica	
				()	
Educación primaria		()		Universitarios	
				()	
Educación secundaria		()		Otros:	

6. Profesión y/o ocupación					

**ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA MUJERES
QUE VIVEN EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE PAREJA (continuación)**

7. Lugar y tipo de trabajo

En Casa _____
Fuera de Casa _____
Ambas _____

8. Nivel socioeconómico

Bajo Medio-Bajo
Medio Medio-Alto
Alto

9. Agresor

Pareja Hermano/a
Novio Hijo/a
Padre Otras: _____
Madre

10. Tipo de Abuso Experimentado: Físico/Psicológico/ Económico/Sexual

El primer incidente (especificar en relación con el tipo de maltrato)

En caso de maltrato físico ¿ha sufrido maltrato psicológico anteriormente?

En caso de maltrato físico ¿ha sufrido maltrato psicológico anteriormente?

Un Incidente típico

El Incidente más grave

Frecuencia del maltrato en el último año

Por día Por semana Por mes Al año

El último incidente

¿Ha experimentado abuso durante el noviazgo? SI No

Tipo de abuso experimentado

En caso de que los malos tratos no hayan surgido desde el principio de la convivencia, ¿ha habido algún acontecimiento específico que esté asociado con la aparición de los malos tratos?

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA MUJERES QUE VIVEN EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE PAREJA (continuación)

Frecuencia del maltrato en el último año

0-3 meses () 3-6 meses () más de 6 meses ()

Acoso en la actualidad o en el último año

¿Por qué acudes en este momento en demanda de atención psicológica?

Describe como fue (o como es) la relación de noviazgo con su pareja actual (si es la misma que ejerce violencia)

11. Actos cometidos en el Abuso

Insultos y amenazas ()	Fracturas ()	Empujones ()
Humillación y desvalorización ()	Retención en el hogar ()	Jalones de pelo ()
Puffetazos ()	Privaciones económicas o control excesivo del dinero ()	Agresiones sexuales ()
Patadas ()	Mordidas ()	Aislamiento familiar y social ()
Cochetadas ()	Estrangulamiento ()	Otros: _____

Contra los bienes

Ha roto o destruido objetos de la casa (Pega contra la pared o puerta, rompe platos, etc.) () Tirado objetos personales (ropa, zapatos, fotos, documentos personales, el celular, etc.) ()

12. Medio Coactivo empleado

Arma blanca _____

Arma de fuego _____

Objeto contundente _____

13. ¿En alguna ocasión ha sentido que su vida estaba en peligro?

En caso afirmativo, ¿Cuándo ha sido la última vez que se presentó esta circunstancia?

14. Centro de Asistencia (MP, línea de emergencia, DIF, OSC, etc.)

En el pasado () Al inicio de la intervención () Durante la intervención ()

15. Denuncias

N° denuncias

Tipo de denuncia

- Por iniciativa de:

delito

falta

Abogado del turno de oficio especializado _____

Abogado del turno de oficio especializado _____

Abogado del turno de oficio especializado _____

Abogado del turno de oficio especializado _____

Abogado del turno de oficio especializado _____

Abogado del turno de oficio especializado _____

Abogado del turno de oficio especializado _____

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA MUJERES QUE VIVEN EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE PAREJA (continuación)

16. Salidas del Hogar

N° de veces _____

Lugares a los cuáles donde ha acudido _____

Tiempo de estancia _____

17. Lesiones

N° de lesiones ()

N° de veces que ha recibido
asistencia médica por las
lesiones ()

Adquisición de certificados
médicos ()

Tipo de asistencia _____

Tipo de lesiones _____

18. ¿Ha contado el abuso a alguien? En caso afirmativo ¿a quién?

Si ()

No ()

19. ¿Dispone de apoyo social eficaz?

Si ()

No ()

20. ¿Ha sufrido anteriormente algún otro tipo de agresión?

En la edad adulta ()

En la Infancia ()

21. ¿Ha habido experiencias de maltrato en su familia de origen?

Si ()

No ()

¿De qué tipo?

22. ¿Ha recibido algún tratamiento psicológico anteriormente por la experiencia de abuso? En caso afirmativo, ¿de qué tipo? ¿Cuándo lo abandona?

23. ¿Ha tenido algún tipo de trastorno psicológico anteriormente? En caso afirmativo, ¿de qué tipo?

24. ¿Ha recibido tratamiento psicológico? En caso afirmativo, ¿cuál?

25. ¿Ha tenido algún intento o pensamientos persistentes de suicidio?

26. ¿Ha habido en su familia algún tipo de trastorno psicológico? En caso afirmativo, ¿de qué tipo?

27. ¿Tiene problemas de salud importantes?

28. ¿En cuántas ocasiones ha acudido al médico en el último año? ¿Cuál ha sido la problemática consultada?

29. ¿Ha tenido o tiene problemas de abuso de drogas y/o alcohol?

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA MUJERES QUE VIVEN EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE PAREJA (continuación)

MALTRATADOR

Nombre y Apellidos: _____

Edad: _____

Actividad Laboral: _____

30. ¿Ha tenido o tiene problemas de abuso de drogas y/o alcohol?

31. ¿Ha tenido o tiene algún tipo de trastorno psiquiátrico? En caso afirmativo, ¿de qué tipo?

32. ¿Tiene algún problema relacionado con las celos?

33. ¿Ha tenido o tiene problemas de tipo laboral?

34. ¿Ha habido experiencias de maltrato en su familia de origen?

35. ¿Ha sido violento con otras personas?

HUJOS

36. ¿Su pareja ha maltratado física o psicológicamente a los hijos?

Tipo de maltrato

Maltrato Directo () Testigos del Maltrato a usted u otro miembro de la familia

Diferencia por sexo () _____

37. Si están separados, describa si ha habido problemas en las visitas a sus hijos e hijas

38. Punto de encuentro

Recogida y Entrega () Visita ()

39. Comportamientos agresivos reiterados (de la adolescencia en adelante). Sexo de los hijos que reproducen los comportamientos agresivos. Describir la situación y evolución a lo largo del tiempo.

Anexo 3 Escala de evaluación EETFVG (Jara & Romero 2010).

ESCALA DE EVALUACIÓN DEL TIPO Y FASE DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO (EETFVG)

Jara and Romero, 2010

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de afirmaciones sobre la violencia de género. Responda, marcando con una cruz, según el grado en que se sienta identificada con cada frase. Tenga en cuenta la siguiente escala de importancia:

0	1	2	3	4
Nada/Nunca	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre

Por favor, responda a todos los ítems marcando el número que considere que mejor refleje su experiencia.

		Nunca/Nunca	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre
1	Considero violencia el hecho de que me empujen aunque no caiga	0	1	2	3	4
2	Considero violencia el hecho de que me empujen si me caigo	0	1	2	3	4
3	Sólo es violencia cuando te golpean a menudo	0	1	2	3	4
4	Quien te quiere no puede pegarte	0	1	2	3	4
5	Me siento inútil cuando me golpean	0	1	2	3	4
6	Me parece normal que mi pareja me pegue si no le hago caso	0	1	2	3	4
7	Me pega sin motivo aparente	0	1	2	3	4
8	Antes de vivir conmigo, yo sabía que mi pareja había pegado a sus parejas anteriores	0	1	2	3	4
9	He tenido relaciones sexuales con mi pareja por la fuerza.	0	1	2	3	4
10	Accedo a tener relaciones sexuales con mi pareja para evitar los malos tratos	0	1	2	3	4
11	Tengo relaciones sexuales con mi pareja por miedo	0	1	2	3	4
12	Considero que hay malos tratos aunque no me ponga la mano encima	0	1	2	3	4
13	Él decide por mí	0	1	2	3	4
14	Ha conseguido aislarme de mis amigos	0	1	2	3	4
15	Ha intentado aislarme de mi familia	0	1	2	3	4
16	Me siento culpable de lo que pasa	0	1	2	3	4
17	Me insulta en cualquier lugar	0	1	2	3	4
18	Trato de ocultar los motivos de mis "moratones"	0	1	2	3	4
19	Siempre estoy en alerta	0	1	2	3	4
20	Lo he denunciado	0	1	2	3	4
21	Me asustan sus miradas	0	1	2	3	4
22	Me siento sola	0	1	2	3	4
23	Puedo estudiar/trabajar fuera de casa	0	1	2	3	4
24	Me impide ver a mi familia	0	1	2	3	4
25	Vigila mis actos	0	1	2	3	4
26	Creo que sigo "engachada" a mi marido	0	1	2	3	4
27	El arrepentimiento de mi marido me hace sentirme culpable	0	1	2	3	4
28	Me gusta cuidar mi aspecto	0	1	2	3	4

A continuación se presentan una serie de creencias sobre la violencia de género. Indique, marcando con una cruz, su grado de acuerdo en relación con las frases que le mostramos. Tenga en cuenta la siguiente escala de importancia:

0	1	2	3	4
Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo

Por favor, responda a todos los ítems marcando el número que considere que mejor refleja lo que usted cree.

		Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
29	Yo creo que la mujer tiene que obedecer	0	1	2	3	4
30	Yo creo que las mujeres somos iguales que los hombres	0	1	2	3	4
31	Yo creo que las mujeres no llaman a la policía porque protegen a sus maridos	0	1	2	3	4
32	Yo creo que lo que ocurre en la familia es privado	0	1	2	3	4
33	Yo creo que las bofetadas son a veces necesarias	0	1	2	3	4
34	Yo creo que la mayoría de los maltratadores son personas fracasadas	0	1	2	3	4
35	Yo creo que cuando te casas es para lo bueno y para lo malo	0	1	2	3	4
36	Yo creo que soy capaz de realizar un proyecto de vida futuro y en solitario	0	1	2	3	4
37	Yo creo que un/a hijo/a sin padre se desarrolla completamente	0	1	2	3	4
38	Yo creo que hay que aguantar el maltrato por los hijo/as	0	1	2	3	4
39	Yo creo que mi marido no puede vivir sin mi	0	1	2	3	4
40	Yo creo que no lo abandono porque lo quiero	0	1	2	3	4
41	Yo creo que no lo abandono porque me da pena aunque me pegue	0	1	2	3	4
42	Yo creo que la esposa tiene que aguantar lo que sea por el matrimonio	0	1	2	3	4

Por favor, indique, de forma voluntaria, sus características de:

Edad: _____ Número de hijos: _____ Lugar de nacimiento: _____

Estado civil: _____ Lugar de residencia: _____

Nivel socioeconómico:

bajo	medio bajo	medio	medio alto	alto
------	------------	-------	------------	------

Nivel cultural:

no sabe leer ni escribir	lee y escribe	estudios primarios	estudios secundarios	formación profesional	estudios universitarios
--------------------------	---------------	--------------------	----------------------	-----------------------	-------------------------

Situación laboral: _____

Tipo de maltrato:

Psicológico	Físico
-------------	--------

Aproximadamente, cuánto tiempo lleva padeciendo malos tratos _____

Cuántas veces ha denunciado los malos tratos _____

Tiene apoyo social:

Nada/Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
------------	---------------	--------------	---------

Tiene apoyo familiar:

Nada/Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
------------	---------------	--------------	---------

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo 4 Formato de Observación entrevista inicial

FORMATO DE OBSERVACIÓN DE LA PACIENTE DURANTE LA ENTREVISTA INICIAL

ENTREVISTA INICIAL	Nombre: Edad:
Apariencia física	
Tono de voz	
Fluidez verbal	
Postura Tics	
Estado de ánimo durante la entrevista	
Grado de colaboración	
Observaciones:	

Anexo 5 Inventario de áreas de cambio

INVENTARIO DE ÁREAS DE CAMBIO (IAC), (Vázquez, 2009).

Nombre: _____

La asesoría psicológica que ha recibido produjo en usted cambios importantes en sus creencias, respecto a su capacidad para realizar acciones necesarias que favorecen su salud física y emocional, en pro de una mejor calidad de vida. Por favor indique los cambios que la asesoría le ha aportado teniendo en cuenta que:

1= Nada de cambio

2= Poco cambio

3= Algún cambio

4= Mucho cambio

5= Demasiado cambio

ÁREA DE CAMBIO	1	2	3	4	5
Autoeficacia para el funcionamiento personal					
Automotivación					
Decisión para la realización de nuevas conductas					
Incremento de afectividad					
Pesimismo					
Desvalorización					
Autosugestión positiva					
Creencias culturales					

A continuación, señale por favor su grado de satisfacción con los cambios logrados

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Muy
Satisfecho	Satisfecho	Satisfecho	Satisfecho	Satisfecho

Anexo 6 Carteles

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala

INVITA:
Asesorías Psicológicas GRATUITAS

SUAYED
IZTACALA

**Como Prevenir y Erradicar
la Violencia de Género**

- * APRENDE A VALORARTE
- * CONOCE LOS TIPOS DE VIOLENCIA
- * MEJORA TU RELACIÓN DE PAREJA

NO MÁS
VIOLENCIA
DE GÉNERO

**PLATICA
INFORMATIVA**

¡¡ Te esperamos !!

12 de Septiembre 16:00pm

CUPO LIMITADO

Informes e inscripciones: Las Flores No.5, San Antonio el Llanito, Ocoyoacac.
Contacto: PPsic. Alejandra E. Torres Fonseca Tel. 5568972012



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO,
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

INVITA:

Asesorías Psicológicas GRATUITAS

COMO PREVENIR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA DE GÉNERO

- Aprende a Valorarte.
- Conoce los tipos de violencia.
- Mejora tu relación de pareja.



Plática Informativa

02 SEPTIEMBRE

16:00pm

CUPO LIMITADO

¡TE ESPERAMOS!!

Informes: Las flores #5 San Antonio el Llanito, Ocoyoacac.

Contacto: [PPsic](mailto:PPsic@unam.mx), Alejandra Torres Tel. 5568972012



1.- ¿Sientes que tu pareja constantemente te está controlando?

Sí_____ A veces_____ Rara vez_____ No_____

2.- ¿Te acusa de infidelidad o que actúas en forma sospechosa?

Sí_____ A veces_____ Rara vez_____ No_____

3.- ¿Has perdido contacto con amigas, familiares, compañeras/os de trabajo para evitar que tu pareja se moleste?

Sí_____ A veces_____ Rara vez_____ No_____

4.- ¿Te crítica y humilla, en público o en privado, sobre tu apariencia, tu forma de ser, el modo en que haces las tareas hogareñas?

Sí_____ A veces_____ Rara vez_____ No_____

5.- ¿Controla estrictamente tus ingresos o el dinero que te entrega, originando discusiones?

Sí_____ A veces_____ Rara vez_____ No_____

6.- Cuando quiere que tú cambies de comportamiento, ¿Te presiona con el silencio, con la indiferencia o te priva del dinero?

Sí_____ A veces_____ Rara vez_____ No_____

7.- ¿Tiene tu pareja cambios bruscos de humor o se comporta distinto contigo en público, como si fuera otra persona?

Sí_____ A veces_____ Rara vez_____ No_____

8.- ¿Sientes que estás en permanente tensión y que, hagas lo que hagas, él se irrita o te culpabiliza?

Sí_____ A veces_____ Rara vez_____ No_____

9.- ¿Te ha golpeado con sus manos, con un objeto o te ha lanzado cosas cuando se enoja o discuten?

Sí_____ A veces_____ Rara vez_____ No_____

10.- ¿Te ha amenazado alguna vez con un objeto o armas, o con matarte él, a ti o algún miembro de la familia?

Sí_____ A veces_____ Rara vez_____ No_____

11.- ¿Sientes que cedes a sus requerimientos sexuales por temor o te ha forzado a tener relaciones?

Sí_____ A veces_____ Rara vez_____ No_____

12.- Después de un episodio violento él ¿se muestra cariñoso y atento, te regala cosas y te promete que nunca más volverá a golpearte o insultarte y que “todo cambiará”?

Sí_____ A veces_____ Rara vez_____ No_____

13.- ¿Has buscado o has recibido ayuda por lesiones que él te ha causado? (primeros auxilios, atención médica, psicología o legal).

Sí_____ A veces_____ Rara vez_____ No_____

14.- ¿Es violento con hijos, hijas o con otras personas?

Sí_____ A veces_____ Rara vez_____ No_____

15.- ¿Ha sido necesario llamar a la policía o lo has intentado, al sentir que tu vida y la de tus familiares ha sido puesta en peligro por tu pareja?

Sí_____ A veces_____ Rara vez_____ No_____

CÁLCULO DEL PUNTAJE: por cada respuesta **SÍ** anota 3 puntos; por cada respuesta **A VECES** anota 2 puntos; por cada respuesta **RARA VEZ** anota 1 punto; las respuestas **NO** tienen 0 puntos.

Para obtener tu puntaje, simplemente suma todos los puntos asignados a tus respuestas. La suma es tu:

“ÍNDICE DE ABUSO”

0 a 11: RELACIÓN NO ABUSIVA.

Tal vez existen algunos problemas que se presentan comúnmente en los hogares, pero se resuelven sin violencia.

12 a 22: PRIMER GRADO DE ABUSO.

La violencia en la relación está comenzando. Es una situación de **ALERTA** y un indicador de que la violencia puede aumentar en el futuro.

23 a 34: ABUSO SEVERO.

Necesitas considerar seriamente la búsqueda de ayuda institucional o privada; y dejar la casa provisoriamente.

35 a 45: ¡ABUSO PELIGROSO!

Necesitas considerar en forma **URGENTE** la posibilidad de dejar la relación en forma temporal y obtener apoyo externo (policía, legal). El problema de violencia no se resuelve por sí mismo o con sólo desearlo ambos. Tu salud física o mental puede quedar permanentemente dañada y tu vida puede llegar a estar en peligro de muerte en más de una ocasión.