



INSTITUTO DE ESTUDIOS SUPERIORES DE LA VERA CRUZ
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLAVE 8967-25



LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**APLICACIÓN DE PROTOCOLOS DE PERSPECTIVA DE GÉNERO EN ASESORÍA
PSICOLÓGICA A MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
AIMEE GUADALUPE TINOCO CRUZ

ASESORA
PSIC. MARIA DEL CARMEN CORRALES MORALES

ORIZABA, VERACRUZ.

AGOSTO 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Índice

Resumen

Introducción	1
Marco Teórico	7
Capítulo 1. Conceptos Principales en Perspectiva de Género	7
1.1 Concepto de Género	7
1.2. Concepto de Violencia	10
1.3. Concepto de Enfoque o Perspectiva de Género	12
Capítulo 2. La Violencia de Género	18
2.1. Tipos de Violencia	20
2.2. Los Índices de Violencia de Género en el Estado y la Región	24
2.3. Consecuencias de la Violencia de Género	24
2.4. Violencia Intrafamiliar y de Género en Latinoamérica	25
2.5. Abordajes para la Violencia de Género	26
2.6. La Violencia de Género desde la Perspectiva de Género en la Psicología	27
2.7. Herramientas de Afrontamiento de la Violencia de Género	28
Capítulo 3. Perspectiva de Género en la Psicoterapia y la Asesoría Psicológica	30
3.1. Diferencias Entre Psicoterapia y Asesoría Psicológica	30
3.2. La Perspectiva de Género en la Investigación Psicológica sobre Violencia de Género	32
3.3. Los Manuales de Atención Psicológica con Perspectiva de Género	39
Capítulo 4. Metodología	42
4.1 Diseño de Investigación	42
4.2. Objetivos de Investigación	43
4.3. Preguntas de Investigación	43
4.4. Hipótesis	44
4.5. Variables	45
4.6. Instrumentos	46
4.7. Sujetos	47
4.8. Marco Contextual	50

4.9. Procedimiento	50
Resultados	56
Análisis	72
Recomendaciones	77
Referencias	79

Índice de Anexos y Tablas

Tabla 1	54
Anexos	83
Anexo 1. Oficio de autorización de implementación de la asesoría con perspectiva de género en la institución de Cáritas A.C.	83
Anexo 2. Consentimiento informado firmado por Virginia	84
Anexo 3. Consentimiento informado firmado por Valentina	85
Anexo 4. Portada del manual gubernamental: Atención Psicológica a Mujeres en Situación de Violencia. Lineamientos y Protocolos	86
Anexo 5. Índice del manual gubernamental: Atención Psicológica a Mujeres en Situación de Violencia. Lineamientos y Protocolos	87
Anexo 6. Algoritmo de Magnitud de la Violencia para la selección del Protocolo de Atención Psicológica	88
Anexo 7. Portada del capítulo 8 del manual: protocolos de atención	89
Anexo 8. Protocolo para la Atención Psicológica en caso de Violación	90
Anexo 9. Técnica del manual: Relajación por Respiración Profunda	92
Anexo 10. Técnica del manual: Reevaluación Cognitiva	93
Anexo 11. Técnica del manual: Solución de Problemas	94
Anexo 12. Técnica del manual: Tareas para Casa	95
Anexo 13. Entrevista inicial para historia clínica de Virginia. Entrevista Semiestructurada para Mujeres que viven en Situación de Violencia de Pareja.	96
Anexo 14. Entrevista inicial para historia clínica de Valentina. Entrevista Semiestructurada para Mujeres que viven en Situación de Violencia de Pareja. ...	101

Resumen

La presente investigación está orientada a la aplicación de protocolos de perspectiva de género a dos mujeres consultantes que han vivido situaciones de violencia a lo largo de su vida, en este caso particular las que asistieron al Centro de Atención Psicológica de Urgencia en Orizaba, Veracruz a recibir un servicio de asesoría psicológica, institución que se eligió como escenario de trabajo para brindar la presente atención. Esta aplicación se realizó utilizando los protocolos obtenidos del manual gubernamental: *Atención Psicológica a Mujeres en Situación de Violencia. Lineamientos y Protocolos* (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2010a), como medio o enfoque para tratar las situaciones identificadas al ser el manual gubernamental de elaboración más actual acorde a la fecha de la presente investigación, mismo que fue adaptado para el trabajo de los dos casos seleccionados de mujeres que accedieron a trabajar tales situaciones, siendo en esta ocasión Virginia y Valentina, mujeres provenientes de una comunidad rural y que hace pocos años aprendieron a hablar español al mudarse a un hogar en la ciudad, que consultaron asesoría psicológica para trabajar cuestiones personales, y de quienes se identificó la situación violenta que accedieron a trabajar por medio del método aquí propuesto a lo largo de sus consultas de asesoría, las cuales se expondrán de manera puntual a lo largo de la investigación, así como el marco contextual que rodea a esta clase de situaciones y la atención que usualmente se brinda hasta el momento en el área de la atención psicológica. La principal meta de la presente investigación radica en la implementación de un proceso de atención especializado en el área de la asesoría psicológica, que consiste en la implementación de la perspectiva de género como enfoque para tratar una determinada situación violenta. De esta manera se pretende demostrar cómo es importante, desde un primer contacto, llevar a cabo protocolos de atención adecuados para la atención de situaciones que suelen requerir de un mayor enfoque o especialización, tal como lo son los casos de violencia, aún en una línea de atención que no corresponde a un proceso de psicoterapia.

Palabras clave: Perspectiva de Género, Casos de Violencia, Asesoría Psicológica

Introducción

Los estudios con perspectiva de género permiten estudiar la diferencia en participación de hombres y mujeres en las instituciones económicas, sociales, políticas y religiosas, esto debido a que en cada cultura se asignan roles de género que marcan diferencias, mismas que, provocan discriminación, marginación y opresión; analizar los significados de estas diferencias ha permitido identificar prácticas, reparto de privilegios y establecimiento de jerarquías, “es una herramienta conceptual y metodológica para explicar, entender y transformar la realidad social” según Segura (como se citó en García, 2020).

El enfoque de género aplicado a la Psicología Clínica supone tener en cuenta a lo largo de todo el proceso de tratamiento psicológico las condiciones diferenciales que afectan a hombres y mujeres, tanto a nivel social como cultural producto de los roles de género masculinos y femeninos.

El enfoque de género en Psicología constituye por tanto un modelo de análisis complementario fundamental para comprender el comportamiento humano, que permite ver dificultades que de otra manera pasan desapercibidas. Esto conlleva el desarrollo de instrumentos y técnicas para el estudio y posterior aplicación a las terapias. El objetivo es lograr una mayor calidad y eficacia en los tratamientos psicológicos.

La importancia de integrar este enfoque de género en la salud, y más concretamente en el tratamiento psicológico, está demostrando ser especialmente eficaz en la intervención clínica de dificultades y trastornos, como el consumo de sustancias, los trastornos de la conducta alimentaria o la depresión. (Aparicio García, 2015. Párr. 9)

De acuerdo con la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 2 de agosto de 2006), la perspectiva de género se refiere a la metodología y los mecanismos que permiten identificar, cuestionar y valorar la discriminación, desigualdad y exclusión de las mujeres, que se pretende justificar con base en las diferencias biológicas entre mujeres y hombres, así como las acciones que deben emprenderse para actuar sobre los factores de género y crear las condiciones de cambio que permitan avanzar en la construcción de la igualdad de género. ("La perspectiva de género", 2022)

En el mundo, sólo 13% de los países destinan presupuestos para generar estadísticas de género, aun cuando esta información es indispensable para crear políticas públicas basadas en evidencia que contribuya a lograr la igualdad de género y el cumplimiento de los objetivos de Desarrollo Sostenible en 2030. (ONU mujeres, 2018). Cuando se habla de perspectiva de género, se hace alusión a una herramienta conceptual que busca mostrar que las diferencias entre mujeres y hombres se dan no sólo por su determinación biológica, sino también por las diferencias culturales asignadas a los seres humanos.

La psicoterapia que incluye el enfoque de género tiene como objetivo central reconocer que, para las mujeres, vivir en una sociedad sexista, ha tenido un coste en su salud mental. El trabajo psicológico focalizado en la perspectiva de género propone un modelo que permita la flexibilidad de roles, la equidad y el respeto entre hombres y mujeres.

Se habla en primera instancia de la perspectiva de género en la psicoterapia debido a que hasta el momento las investigaciones giran en torno a la aplicación de este enfoque en el mencionado nivel de atención. Derivado de esta situación, se plantea la necesidad personal de reflejarlo en el trabajo de la asesoría psicológica.

En cuanto a la atención con perspectiva de género en la psicoterapia han sido creados algunos llamados *manuales de aplicación*, que son elaborados con el fin de facilitar el trabajo especializado de diversas situaciones en las que el uso de este

enfoque puede resultar pertinente. La aplicación de la perspectiva de género puede ser empleada en diferentes contextos, en el trabajo con mujeres, en el trabajo con masculinidades o en el trabajo con la comunidad LGBT+ entre otros, siendo estas las modalidades más comunes. Para la presente investigación, se hará uso de un manual diseñado para la aplicación de la perspectiva de género en la atención psicológica a mujeres en situación de violencia:

El Manual de Lineamientos y Protocolos para la Atención Psicológica de Mujeres que viven en situación de Violencia Familiar y de Género se diseñó con el fin de proporcionar una guía práctica para las y los psicólogos que brindan atención en los Servicios Especializados de Atención a mujeres en situación de violencia. En él se establecen los criterios para la atención psicológica de las mujeres con la finalidad de brindar un servicio oportuno, de calidad técnica e interpersonal, que limite los daños a la salud de las mujeres y contribuya a parar la situación de violencia; así mismo, retoma los procedimientos para la referencia precisa y eficiente. (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2010a, p.9)

Por esta razón, se plantea la siguiente *pregunta de investigación* en el presente trabajo, *¿Cuál es la comprensión personal que obtienen las mujeres en situación de violencia que asisten a asesoría psicológica ante la aplicación de los protocolos con perspectiva de género?*

De esta manera, partiendo de la presente pregunta de investigación como eje central del trabajo se plantea como objetivo *argumentar la comprensión personal derivada de la aplicación de los protocolos con perspectiva de género en la asesoría psicológica a mujeres en situación de violencia que asisten al Centro de Atención Psicológica de Urgencia.*

Los objetivos específicos de la presente investigación son los siguientes:

- Investigar los alcances de la aplicación de los protocolos con perspectiva de género en la asesoría psicológica a mujeres en situación de violencia

- Aplicar una metodología fundamentada en la perspectiva de género en la asesoría psicológica a mujeres víctimas de violencia
- Analizar la efectividad de la aplicación de los protocolos con perspectiva de género en la asesoría psicológica a mujeres víctimas de violencia

En los estudios exploratorios no se formulan hipótesis, porque enfocan temas poco estudiados. Los estudios exploratorios se efectúan, normalmente, cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes. Es decir, cuando la revisión de la literatura reveló que únicamente hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio. (...) Tiene como propósito evaluar la relación que existe entre dos o más variables, conceptos o categorías, en un contexto particular (Hernández, 2006, p. 63).

Por tanto, para el establecimiento de la presente investigación se brinda una *explicación hipotética*. Si en la atención de asesoría psicológica se aplican los protocolos con perspectiva de género, entonces las mujeres en situación de violencia identificarán como comprensión personal un conjunto de *creencias, valores, costumbres y opiniones sociales relacionadas con el género, que puedan tener incidencia en su proceso*. Por ejemplo, la creencia de que son valiosas por sí mismas, que no necesitan una pareja para estar completas, que no merecen recibir ningún tipo de maltrato y que pueden salir adelante por sus propios medios.

El *alcance principal* de esta investigación radica en la implementación de la perspectiva de género en el acompañamiento psicológico a las mujeres en situación de violencia en la región de Orizaba, específicamente en el CAPU (Centro de Atención Psicológica de Urgencia), debido a que es una metodología poco implementada por su reciente auge, en especial en este tipo de instituciones y en el campo del asesoramiento psicológico.

Por su parte, la principal limitación de esta investigación radica en la falta de implementación de esta metodología en la región y sus alrededores debido a que es una

temática que ha tenido un auge reciente, especialmente en el área de la asesoría psicológica. Aún sin tomar en cuenta el factor de la implementación no existe una actualización oportuna al respecto, tanto a nivel laboral como psicoeducativo, lo que limita el trabajo con esta focalización.

Por último, las variables que se identifican en esta investigación son las siguientes:

Variable Independiente: La aplicación de protocolos con perspectiva de género. Según lo establecido por Del Río (CNEGSR, 2010a): El Manual de Lineamientos y Protocolos para la Atención Psicológica de Mujeres que viven en situación de Violencia Familiar y de Género se diseñó con el fin de proporcionar una guía práctica para las y los psicólogos que brindan atención a mujeres en situación de violencia. (p.9)

Variable Dependiente: siendo la *obtención de herramientas* derivada de la aplicación de los protocolos con perspectiva de género, la cual radica en la *comprensión personal* para afrontar su problemática. La cual se entenderá a partir de los rasgos establecidos en la presente investigación, referida como la *identificación de creencias, valores, costumbres y opiniones sociales, relacionadas con el género*, que puedan tener incidencia en su proceso. Por ejemplo, la creencia de que son valiosas por sí mismas, que no necesitan una pareja para estar completas, que no merecen recibir ningún tipo de maltrato y que pueden salir adelante por sus propios medios.

En orden de aparición, la presente investigación cuenta con la siguiente estructura. En primer lugar, encontrándose la introducción que establece un contexto general respecto al tema a tratar en el trabajo.

El marco teórico del presente trabajo se divide en tres capítulos, el primero referente a los conceptos generales que es considerado necesario conocer antes de adentrarnos en la perspectiva de género, tales como género, violencia y perspectiva de género. En el segundo capítulo se abarca un contexto más amplio respecto a la violencia de género, que funge como enfoque principal de atención en la presente investigación, indagando en los tipos de violencia que existen y la manera en que se pueden atender,

dando así lugar al último capítulo, referente a cómo se lleva a cabo la aplicación de la perspectiva de género en el ámbito psicológico hasta el momento, entendiendo la justificación respecto a su uso en la psicoterapia y resaltando la importancia de implementarlo en el ámbito de la asesoría, siendo este uno de los principales alcances de la presente investigación.

Finalizando con la estructura anteriormente mencionada se realiza un apartado dedicado al análisis de los resultados obtenidos, respondiendo a la pregunta de investigación y retomando los objetivos principales para enunciar las conclusiones finales y la debida retroalimentación del proceso de investigación, brindando también una serie de recomendaciones para las personas o instituciones a las que pueda llegar el presente trabajo y cerrando con las referencias en las que se apoyó el marco teórico de la investigación, así como los anexos que se pueden consultar como un apoyo visual para diversos puntos señalados en los que este apoyo puede resultar pertinente.

Marco Teórico

Capítulo 1. Conceptos Principales en Perspectiva de Género

1.1 Concepto de Género

Para poder entender qué es la perspectiva de género necesitamos entender el concepto de género en primer lugar. Es importante destacar que en esta investigación trabajaremos el concepto de género como una construcción social.

Existe la postura en la que se considera a la biológica como “muda”, dado que no crea una normalización ni establece un castigo basado en la moralidad y por ello es usada para establecer un reforzamiento de lo que los propios humanos han escrito al respecto, es decir que el propio humano ha dictado lo que es y no es la naturaleza, en este caso de su propia especie al hablar de “género”. Término sujeto a un interminable debate a nivel mundial , pues un ejemplo es su uso para señalar partes anatómicas de diferencian a los organismos en la parte de “sexo” pues este uso es incorrecto cómo lo indica Joan Scott al referenciar al Dictionary of Modern English Usage de 1940 en donde estrictamente se usa al término “Género” únicamente como sentido gramatical y teniendo un origen ante la necesidad de afirmar al “género” en una concepción no natural ni biológica de lo “masculino y lo femenino” sino en una construcción social presente en toda la historia (como se citó en Moncó, 2010)

Sin embargo, el “género” si es usado para una distinción, según Pegó Golde (como se citó en Chavez, 2017) en su trabajo “Women in the Field. Anthropological Experiences” en dónde usa el concepto para describir un proceso de naturaleza material y no material sujeto a un ambiente histórico-social que distingue a grupos sociales, en este caso hombre y mujeres en un aspecto analítico para comprender su composición y su interacción en la construcción social. Por otra parte, al momento de distinguir hombres y mujeres Judith Butler asegura que ambas partes (hombre y mujer) son signos

que mantienen un valor debido a su lugar en el sistema y por lo tanto puede ser transformada.

El sexo biológico tiene dos aspectos: sexo genético, que está determinado por los cromosomas sexuales, y sexo anatómico, o sea, las diferencias físicas que distinguen a varones y mujeres. Género es un concepto que abarca significados psicológicos especiales agregados a la feminidad o masculinidad biológicas. Por tanto, si bien el sexo está ligado a varios atributos físicos (cromosomas, pene, vulva y otros), el género se refiere a las características psicológicas y socioculturales asociadas con el sexo, es decir, a la masculinidad o feminidad. En este capítulo usaremos los términos masculino y femenino para indicar las conductas que suelen atribuirse a hombres y mujeres. Un aspecto inconveniente de ambas designaciones es que limitan la gama de conductas que la gente expresa sin sentirse incómoda. Por ejemplo, un hombre quizá no quiera mostrarse demasiado cariñoso por temor a que lo tachen de afeminado; y una mujer quizá dude en obrar en forma asertiva por temor a que la consideren (Crooks, 2010).

El abordaje de las diferencias en la salud entre mujeres y hombres requiere considerar las diferencias de sexo y las de género. Las primeras se relacionan con las características biológicas de uno y otro sexo, y no se limitan a la salud sexual y reproductiva, sino que incluyen diferencias en la función endocrina, la función inmunitaria o el aparato cardiovascular, entre otras. Las diferencias de género se refieren a los roles, comportamientos, actividades y atributos socialmente construidos que una sociedad determinada considera apropiados para los hombres y para las mujeres.

Con frecuencia ambos conceptos se utilizan de manera incorrecta a través de una visión biológica de la salud que utiliza el concepto de género en lugar del de sexo y ofrece explicaciones médicas a lo que socialmente tiene un origen (Artazcoz et al., 2018).

Aunque la investigación sobre las desigualdades de género en la salud ha contribuido a mejorar significativamente la comprensión sobre la salud y sus determinantes, ha reforzado inconscientemente las construcciones binarias tradicionales de sexo (hombre y mujer) y de género (masculino y femenino), y las ideas del sexo y del género como fácilmente separables. Por el contrario, los estudios que examinan explícitamente tipos específicos de desempeño de género entre categorías de personas tienen el potencial de identificar y desestabilizar las dicotomías aparentes en lugar de reforzarlas. Al desvincular la combinación de hombre y mujer de las correspondientes expectativas de género, el género deja de ser binario. Por otro lado, desde el feminismo se ha criticado la estrecha visión del análisis de las desigualdades de género centrado en la identidad de género, la socialización y la conformidad con las expectativas preestablecidas, subrayando que son las diferencias de poder las que configuran las relaciones entre hombres y mujeres, mujeres hombres y mujeres, y hombres y hombres. Además, el género no es una «variable» esencial e independiente en la investigación de la salud, sino que tiene sentido en relación con otros ejes de desigualdad, como la etnia y la clase social, íntimamente relacionados con el poder, lo que requiere adoptar una perspectiva interseccional, es decir, incorporar simultáneamente otros ejes de desigualdad, además del género (Artazcoz et al., 2018)

El género es uno de los principales determinantes de las desigualdades sociales en la salud, es decir, de las diferencias en la salud entre hombres y mujeres que son injustas, sistemáticas y evitables. Mujeres y hombres se comportan de manera diferente, ocupan posiciones distintas y desiguales en la vida pública y en la privada, utilizan de manera distinta los servicios sanitarios y reciben de ellos respuestas diversas para problemas similares.

La palabra “género” entonces designa *una categoría social impuesta sobre cuerpos sexuados*: un conjunto de creencias, expectativas, roles sociales, posiciones, tendencias, actitudes, gustos, que están socialmente asociados con uno u otro sexo (o, mejor, con el parecer como pertenecientes a un sexo u otro). En términos más breves, «género» es un conjunto de estereotipos asociado con la apariencia sexual masculina o

femenina. De hecho, el estereotipo se define generalmente como un conjunto de creencias, expectativas y prejuicios sobre los roles y posiciones sociales, actitudes, tendencias, gustos de quienes pertenecen a un grupo por el solo hecho de pertenecer a tal grupo. (Poggy, 2019).

De este modo, podemos entender que el concepto de género no se limita a la parte biológica, sino más bien a los roles que se han determinado de manera social a cada sexo.

“Hablar de género es referirse a un tamiz cultural, a una identidad y a un conjunto de prácticas, creencias, representaciones y prescripciones sociales”. (UNAM, 2016)

Hablar de género como verdad absoluta sería limitante y equívoco, pues según Butler (como se citó en Garay, 2019). “Cada término tiene su historia social; sus significados varían de forma radical dependiendo de límites geopolíticos y de restricciones culturales” Tomarlo entonces como una construcción permitiría su posterior deconstrucción, no en el sentido derridiano del término; haciendo referencia a aquel proceso que rescata Garay (2019), al decir que “una labor deconstructiva (y reconstructiva) para promover la salud mental de las mujeres consiste en resignificar experiencias desde antes a la represión”

1.2. Concepto de Violencia

La palabra *violencia* (como sus sinónimos en otros idiomas) tiene una connotación emocional desfavorable: inmediatamente transmite un juicio de valor negativo sobre lo que se califica como violento. Para que esta connotación negativa desaparezca o, al menos, disminuya, es necesario agregar adjetivos adicionales: *violencia legítima*, *violencia necesaria*, *violencia justificada*, etc. Esto está vinculado a la teoría, apoyada por muchos, según la cual no hay actos que sean intrínsecamente violentos: la identificación cultural, social y legal de lo que es violencia, de los actos que cuentan como una manifestación de

violencia, refleja el poder de los grupos sociales y económicos dominantes de imponer la propia perspectiva sobre lo que es o no es violento (y, entonces, malo). “En la literatura existen diferentes nociones de violencia: en particular, podemos distinguir una noción restringida, una noción medianamente restringida, una noción moderada y una noción amplia de violencia.” (Poggy, 2019, p.289).

Desde hace años la organización mundial de la salud ha definido a la violencia como:

El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daño psicológico, trastornos del desarrollo o privaciones y atenta contra el derecho a la salud y la vida de la población. (Organización Mundial de la Salud, 2002)

Para abordar correctamente este tema es necesario definir agresividad y explicar detalladamente la violencia para poder diferenciarlos

Agresividad, en cuanto a su etimología se podría describir como “ir hacia” sin embargo aborda una parte fisiológica natural en la especie humana que incluso sirve favorablemente para su desarrollo y supervivencia dado que funciona como defensa durante cualquier ataque o potenciando cada recurso ante el peligro. Esta parte fisiológica involucra al área bioquímica y están encargados de por ejemplo preparar en acción a una mujer durante el parto, responder ante algún accidente, etc. Esto está limitado por una corta duración debido a que es imposible mantenerla de forma prolongada y por lo tanto el comportamiento del individuo en este estado es controlado con dificultad. Sin embargo, cabe mencionar que una característica importante del humano es que posee la capacidad de controlar cualquier conducta. (Lopez & Rubio, 2020)

Comprendido así la agresividad se puede resumir como un factor positivo del humano debido a que es de vital importancia ante el peligro, defensa, sobrevivencia y

no para dañar a una tercera persona puesto que al ser usado para dicho objetivo se denomina entonces como violencia, esta última es un fenómeno complejo que tiene muchas derivantes, todas estas se desarrollan en un incremento de intensidad por lo que se llega a contemplarla en sus manifestaciones más notorias como lo son los golpes o abuso sexual, por esta misma razón es importante contemplar otras formas de violencia como lo es la violencia psicológica o la presencia de negligencia, ambas manifestadas de forma cotidiana que suelen pasar desapercibidas pero las más frecuentes. (Lopez & Rubio, 2020)

1.3. Concepto de Enfoque o Perspectiva de Género

Una vez entendidos los conceptos de género y de violencia, podemos avanzar hacia el siguiente concepto, que radica en el eje central de esta investigación como lo es *la perspectiva de género*.

Los estudios con perspectiva de género permiten estudiar la diferencia en participación de hombres y mujeres en las instituciones económicas, sociales, políticas y religiosas, esto debido a que en cada cultura se asignan roles de género que marcan diferencias, mismas que, provocan discriminación, marginación y opresión; analizar los significados de estas diferencias ha permitido identificar prácticas, reparto de privilegios y establecimiento de jerarquías, “es una herramienta conceptual y metodológica para explicar, entender y transformar la realidad social” según Segura (como se citó en García, 2020).

Según la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, la perspectiva de género hace elusión al método y la mecánica que hacen posible encontrar, debatir, y evaluar la discriminación, divergencia y rechazo a las mujeres, que además busca probar las distinciones entre hombres y mujeres con respaldo en la biología, así como las normas que se tienen que realizar para atender los factores de género y establecer las circunstancias que favorezcan el cambio para lograr la igualdad de género. Igualmente engloba el enfatizar la distinción entre la diferencia sexual y las facultades,

ideas, representaciones y prescripciones sociales que se van formando como una pauta a dicha diferencia sexual.

A nivel social se forman la vida y la cultura centrado en la diferencia sexual. La distinción a nivel anatomía se entiende como una distinción que establecerá el futuro de las personas. La lógica, es pensado que si la fisiología no es idéntica entre ambas partes entonces los demás elementos también lo son, esto englobando a la moral, lo mental según Lamas (1996b).

Es necesario reconocer la génesis biológica de algunas de las distinciones entre varones y mujeres evitando ignorar que el hecho que la postura biológica no puede provocar una conducta de forma aislada, esto se comprende al señalar que no existen conductas o propiedades de la personalidad propias de un sexo, sino que ambas partes tienen características y comportamientos humanos. (Lamas, 1996b)

Por otra parte, se hace énfasis en considerar que si fue posible que la maternidad fuese la característica que segmentó a los sexos y promovió el dominio de un sexo en lo que al trabajo respectaba entonces, ya que se habían establecido las tareas y la participación social al día de hoy es posible cambiar con mayor facilidad la naturaleza que lo cultural, lo que quiere decir que es más sencillo liberar al sexo femenino de amamantar a un bebé que lograr que su pareja varón brinde de alimento mediante el biberón al mismo bebé. Esto a consecuencia que el cambiar los elementos socioculturales es comúnmente más complicado que alterar los naturales ya que según Lamas (1996a) “la ideología asimila lo biológico a lo inmutable y lo sociocultural a lo transformable.” (p. 6)

A pesar de que existen distinciones claras entre el macho y la hembra, cabe señalar que el hecho de vincular a la mujer una relación más estrecha con la naturaleza a consecuencia de su capacidad reproductora (embarazo) es estrictamente una idea y no la realidad. Existiendo como humanos, animales o elementos culturales, el conflicto radica en vincular al sexo femenino a lo natural y al varón con la cultura ya que provoca el contemplar como antinatural a la mujer al rechazar la maternidad, estar a cargo de

una casa o participar en el mundo público puesto que significa renunciar a lo que se considera “natural” mientras que el varón ha sido identificado por traspasar lo “natural”, nadie considera extraño que participe públicamente y no hacerse responsable de lo doméstico. Es sobresaliente el hecho de que este enfoque “naturalista” refuerza las distinciones de los sexos y por consecuencia también refuerza la desigualdad y discriminación. (Lamas, 1996a)

Lo interesante es comprender que muchas de las actividades y los papeles sexuales han sido adjudicadas hace miles de años y ahora ya no operan. Si comparamos algunas sociedades en donde se establece que tejer canastas es una actividad exclusivamente masculina, y que sólo los hombres, por su destreza especial, la pueden realizar, y a las mujeres les está totalmente prohibido, con sociedades donde ocurre totalmente lo contrario, donde tejer canastas es un oficio absolutamente femenino, y no hay hombre que quiera hacerlo, lo que salta a la vista es lo absurdo de la prohibición. El tabú se construye a partir de una realidad: la diferente anatomía de hombres y mujeres, pero la valoración cultural es totalmente distinta. Y si comparamos a esas dos sociedades con otras, donde tejer canastas es asunto de habilidad, y lo pueden hacer hombres y mujeres, entonces tal vez podemos vislumbrar un mundo diferente, sin reglas rígidas de género. (Lamas, 1996a, p. 223).

La *perspectiva de género* parece ser la clave de bóveda para resolver una serie de problemas acuciantes sobre los temas más variados (medio ambiente, economía, violencia, urbanismo, migración, salud y deporte, por nombrar algunos). Todas las expectativas proyectadas sobre ella la convierten en una referencia ineludible en ciertos contextos académicos y políticos. No pasa lo mismo con el trabajo crítico acerca de sus supuestos ontológicos, su entramado epistemológico y sus implicancias prácticas, ejes centrales de este trabajo, a partir de los cuales buscamos plantear algunos problemas de esta particular perspectiva —tal como se expresa en nuestro contexto— y desarrollar su alcance.

De esta manera, al hablar sobre la aplicación de la perspectiva de género en el área de la psicología de género resulta pertinente hacerlo en el ámbito de la salud en general.

Las creencias personales de los profesionales de salud tienen importantes efectos, tanto en sus elecciones profesionales como el trato a sus pacientes, de acuerdo a lo planteado por Verdonk y otros autores (como se citó en Valenzuela & Cartes, 2019) Los autores prosiguen enunciando que la conciencia de género permite enmarcar dichas creencias, además de permitir la superación de prejuicios en base a género. Para esto se requiere que la medicina incluya 1) la habilidad de percibir inequidades y diferencias de género; 2) conocimientos en torno a temáticas de salud y género; y 3) conciencia sobre los estereotipos de género, y sus posibles impactos en salud y enfermedad. De esta forma, incorporar la conciencia de género en el currículum formal y permanente de la educación médica, permite la apertura a responder las necesidades de mujeres y personas LGBT+ en salud. (Valenzuela & Cartes, 2019)

Ya hace años diferentes profesionales en diferentes áreas como la antropología, biología, psicología entre otros, han indagado en que parte es innato y que es obtenido en las propiedades masculinas y femeninas de la población. Se encontró evidencia que lo denominado status femenino se ve manifestado en distintas variantes según la cultura, sin embargo, presentan en cada cultura una constante, siendo esta el dominio político hacia las mujeres por parte del varón. Esto era entendido mediante una supuesta postura “natural” que se enfrenta a la diferencia anatómica entre sexos que se conecta a la idea que funge como génesis de la mayoría de la dominación a la mujer encontrada en la representación por excelencia de dicha distinción, siendo esta la maternidad. (Lamas, 1996a)

La característica femenina de gestar un hijo es una marcada distinción entre los sexos, sin embargo, es equivoco ver a la biología como la génesis del dominio masculino al no considerar todos los elementos. Hoy en día existen diferentes perspectivas en el ámbito científico que consideran el valor biológico sin aislarla sino

conectándola a distintas materias como lo es lo social, ecológicos y la propia biología, por ello diferentes autores rescatados por Lamas (1996a) han estudiado este hecho como lo fue el ganador del premio Nobel de medicina Jacques Monod quien analizó lo que consideraba “el hecho femenino” a partir de la psicología, la biología y lo social y André Lwoff quien continuó el trabajo de Monod tras su fallecimiento en 1976. El trabajo conjunto aportó la base para descartar la postura biologicista y en su lugar propusieron la existencia de patrones en la genética que establecen las diferencias sexuales que intervienen en la conducta, aunque enfatizan que las diferencias no alcanzan características como para establecer el dominio de un sexo.

La transversalización de género es el proceso de evaluar las implicaciones para mujeres y hombres de cualquier acción planificada, incluida la legislación, las políticas o los programas, en todas las áreas y en todos los niveles. Es una estrategia para hacer que las necesidades y las preocupaciones de las mujeres y de los hombres estén presentes de manera integral en el diseño, la implementación, el seguimiento y la evaluación de políticas y programas en todos los ámbitos políticos y esferas sociales, para que ambos sexos se beneficien por igual y no se perpetúen las desigualdades; género. el objetivo final es lograr la equidad de género (Artazcoz et al., 2018)

El concepto de *transversalización de género* también se ha aplicado a las políticas de salud, aunque con frecuencia solo ha significado publicar informes simplificados de diferencias de sexo que no tienen en cuenta las complejas condiciones de vida de hombres y mujeres ni las dimensiones de género relacionadas con las conductas, el poder, la división sexual del trabajo o la organización y la prestación de la sanitaria asistencia (Artazcoz et al., 2018)

La perspectiva de género debe incorporarse en todas las fases de desarrollo de la estrategia de salud comunitaria. En la primera, cuando se crea el grupo motor, hay que asegurar una participación equilibrada de mujeres y de hombres, tanto en el número de participantes como en su capacidad de influencia. El análisis de situación debe tener en cuenta las posibles diferencias de género en los determinantes sociales y en el estado

de salud entre niños y niñas, y entre mujeres y hombres, tanto cuantitativamente desagregando los datos por sexo, como cualitativamente conduciendo, por ejemplo, algunos grupos de discusión separados por sexo o incluyendo preguntas explícitas sobre las posibles desigualdades de género (Artazcoz et al., 2018)

Identificar y conocer teóricamente los términos principales en materia de perspectiva de género permite comprender, en primera instancia, los alcances que esta temática puede tener y la aplicación que se puede dar en diversas situaciones que vemos manifestadas en la vida cotidiana y el entorno sociocultural en el que vivimos, pero más a profundidad permite elaborar una idea respecto a la importancia de la implementación de este enfoque en el ámbito de la salud, especialmente en este caso, en el ámbito de la psicología.

Capítulo 2. La Violencia de Género

La violencia cuenta con aceptación social como una estrategia para otorgar un castigo ante conductas que no se consideran permitidas, esto es decidido por parte de un individuo que sistemáticamente cuenta con mayor poder, a este tipo de violencia se le denomina *abuso de poder* en la que también se incluye el obtener un beneficio individual que en muchas ocasiones se compone de la parte inconsciente e involuntaria, algunos ejemplos de estos beneficios son el desahogo y la justificación, este abuso generalmente se incrementa al hacer uso de gritos o en contra parte de un silencio cargado de indiferencia, humillaciones públicas, todas estas acciones generalmente son aprobadas por la sociedad que llegan incrementar ahora en severidad llegando a la violencia física o sexual.

Un aspecto a tener en consideración es que la presencia de agresiones afecta en el desarrollo óptimo de la víctima sea cual sea la tipología del maltrato ya sea *maltrato físico* que se caracteriza por acciones que brinden a la víctima con daño físico o enfermedad que se realice en un ámbito que no se pueda describir como accidente, la *negligencia/abandono físico* en el maltrato en donde las necesidades básicas se contemplan sin atención ya sea temporal o en permanencia por parte de todo su entorno y cuidadores, maltrato/abandono emocional que involucra la hostilidad de forma verbal que abordan a los insultos, desprecio, amenazas de abandonar a la víctima así como el ignorar a su comunicación y expresiones como lo es el llanto además de la carencia de interacción y contacto del cuidador o *el abuso sexual* que se resume en cualquier contacto sexual no consensuado por la víctima. De igual forma Pepa Horno (2009) considera que el amor se vincula a la violencia debido a que son los individuos encargados de la protección y acompañamiento de los infantes quienes son violentos con ellos, dicho acto proveniente de estas figuras genera que el concepto de amor englobe a actos violentos y en consecuencia crea una justificación de agresiones con el amor, es decir que aquel con vinculación afectiva posee un derecho de agredir, este fenómeno también ocurre ante figuras de autoridad y tiene un origen en el hogar, puesto que a nivel social se les autoriza a las figuras de autoridad a ser violentos en las que se

incluyen a los cuidadores principales (Padres y madres), estas figuras de autoridad tienden a realizar acciones agresivas con el fin de orientar, educar e incluso proteger por lo que el mensaje recibido es que la agresión es por el beneficio de la víctima.

La definición de violencia contra las mujeres, ampliamente legitimada, es la que se deriva de la Declaración de las Naciones Unidas sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres (1993) y se entiende como "todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada". La violencia de género, es una expresión de la discriminación hacia las mujeres, viola sus derechos y tiene como resultado impedir la participación de las mujeres en las mismas condiciones que los hombres, en la vida política, social, económica y cultural. (Cerna, 2014)

El concepto más utilizado es que proviene de parte de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) mencionado en 1995 según López y Rubio (2020) en donde manifiesta que cualquier violencia sexista que acaba en una probable o verdadera afectación física, sexual o mental. abarcando todo tipo de amenazas, despojo del sentido de libertad, aplicación de fuerza física o mental en una mujer con el objetivo de imponer su voluntad sobre la de ella, englobando todo tipo de violencia desde la física, verbal, emocional, sexual, social y económica.

Esta violencia hacia el género femenino es la manifestación de la unión de diferentes elementos como lo son: la historia de vida de la mujer y la del victimario, la cultura social que fomenta el machismo, la forma de atender las denuncias por parte de las autoridades e instituciones, el uso de redes sociales, la interacción entre parejas, entre otros. Contemplar estos y demás factores es necesario al momento de abordarlo integralmente de una forma multifactorial para contemplar la realidad de este fenómeno incluyendo los elementos sociales, históricos, políticos, entre otros. Factores en los que el género masculino ha representado superioridad y por lo tanto en la actualidad determina dificultad para cambiar dicho elemento

2.1. Tipos de Violencia

Violencia física. Se refiere al “uso de la fuerza física o de armas de ataques que lesionan o hieren, por ejemplo, golpear, asfixiar, morder, arrojar objetos contra la otra persona, patear, empujar, utilizar armas, tales como (revólver, cuchillo u objeto punzo cortante). El abuso físico suele agravarse a lo largo del tiempo y puede culminar con la muerte de la mujer.”

La NOM-046 (Norma Oficial Mexicana) lo reconoce como maltrato físico y lo define como “el acto de agresión que causa daño físico” (apartado 4.27.2, p.11). Es la forma más evidente de violencia, sin embargo, las consecuencias psicológicas pueden ser más graves que las secuelas físicas de la violencia.

La violencia psicológica se define como el abuso emocional, verbal, maltrato y menoscabo de la estima hacia una o varias personas, mediante críticas, amenazas, insultos, comentarios despectivos y manipulación por parte del agresor. La NOM 046 la reconoce como maltrato psicológico y lo define como: “la acción u omisión que provoca, en quien lo recibe, alteraciones psicológicas o trastornos psiquiátricos.” (apartado 4.27.3, p.11)

Es preciso destacar que frecuentemente las diferentes expresiones de la violencia se presentan de manera combinada, sobre todo con la psicológica que acompaña al resto de las formas de agresión. Algunos ejemplos de violencia psicológica son:

- Menospreciar o humillar frente a otras personas.
- Gritar y ofender.
- Celar, ejercer control.
- Aislar de la familia y amigos.
- Amenazar o dañar a personas o cosas queridas.
- Maltratar o dar muerte a los animales domésticos.
- Amenazas de golpes o muerte.
- Amenazar con quitar los hijos y las hijas.

Aunque la violencia psicológica es la que se da en mayor medida, está presente en todas las demás formas de violencia; es necesario identificarla cuando se presenta de manera única, puesto que es a la que se le pone menos atención y requiere un tratamiento específico.

Abandono. La NOM 046 señala que: “Es el acto de desamparo injustificado, hacia uno o varios miembros de la familia con los que se tienen obligaciones que derivan de las disposiciones legales y que ponen en peligro la salud.” (apartado 4.27.1, p.11)

Maltrato sexual. La NOM-046-SSA2-2005, define el maltrato sexual como “la acción u omisión mediante la cual se induce o se impone la realización de prácticas sexuales no deseadas o respecto de las cuales se tiene la imposibilidad para consentir.” (apartado 4.27.4, p.11). Se refiere al acto que con fines lascivos cometa una persona de cualquier sexo contra otra para obligarla a realizar actos sexuales sin su consentimiento, con o sin fines de cópula, valiéndose de su posición jerárquica, derivada de relaciones laborales, docentes, domésticas o cualquiera otra que implique subordinación, así como sometimiento por fuerza física o moral.

Estas agresiones predominan dentro de la esfera familiar en un 74% entrando en la denominación de agresión sexual intrafamiliar en la que los victimarios pertenecen al entorno familiar sin importar la edad o relación con la víctima. Esto ocurre con mayor frecuencia en sistemas familiares disfuncionales en las que se suele encontrar un cambio en los roles de padres-hijos y una carente relación emocional en el sistema. A pesar de que todo individuo puede ser víctima, los infantes son quienes más sufren este tipo de agresión a causa de ser dependientes del cuidador que puede llegar a ser su victimario. La agresión sexual intrafamiliar tiende a ser longevas y se le atribuyen unos mayores índices de afectaciones físicas y emocionales además de no ser reportadas en mayoría de los casos. (Valle et al., 2018)

Otra categoría dentro de las agresiones sexuales según Valle y otros autores (2018) son las extrafamiliares en las que el victimario está fuera del entorno familiar siendo comúnmente amigos, parejas e incluso desconocidos siendo las víctimas más comunes los adolescentes y los adultos y los escenarios más frecuentes para esta

agresión sexual las escuelas en dónde se mantienen relaciones con compañeros y docentes, participando en distintos entornos en los que interacciona y conocen nuevos entornos y personas, pudiendo también predominar la participación en actividades en las que pueden someterse a un riesgo sexual como lo es el consumo de sustancias nocivas para la salud que fomentan la oportunidad de ser víctimas de toda forma de violencia que comúnmente evolucionan en violaciones. Siendo el alcohol un factor común en estos casos de agresión.

Aun cuando el alcohol es un factor peligroso en la agresión sexual, este solo aumenta la posibilidad de sufrirlo más no lo causa, por ello es necesario referir que la presencia del victimario es elemento vital para llevar a cabo el hecho, esto también se cumple en las agresiones intrafamiliares sin embargo, no de la misma forma dado que el alcohol a pesar de poder incrementar el fenómeno, el victimario se encuentra cerca de su víctima en lo respecta al tiempo y espacio y no necesita este aumento de probabilidades que brinda el alcohol para generar la agresión. Esto comprobado en distintos estudios que han hallado una conexión entre el consumo de alcohol y las agresiones sexuales comprobando el aumento de riesgo que genera la ingesta de lo dicho anteriormente. (Valle et al., 2018)

Este concepto incluye todas las formas de coerción sexual, por ejemplo: el hostigamiento, la imposición forzada de determinadas prácticas sexuales tales como el manoseo, exposición a la pornografía. Comprende acciones que obligan a una persona a participar en actos sexuales sin su consentimiento; incluye el sexo forzado incluso por razones económicas, la violación durante una cita lo que puede incluir la administración de alcohol y drogas; la violación marital, la violación por grupos de hombres (pandilleros); el incesto; el embarazo forzado; el tráfico en la industria del sexo 5-8 incluyendo las relaciones sexuales forzadas dentro del matrimonio. (Valle et al., 2018)

La violación se concreta en el uso de la fuerza física o coacción emocional, para penetrar en los orificios vaginal, oral o anal de una persona sin su consentimiento. Asimismo, el ataque sexual es un contacto sexual que no cuenta con el consentimiento

de la mujer y no necesariamente incluye penetración. En la mayoría de los casos, el atacante es alguien que la mujer conoce y tanto la violación como el ataque sexual pueden ocurrir por única vez o continuamente. (Valle et al., 2018)

Violencia Sexual. “Es todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante la coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo.”

La violencia sexual es la que permanece más oculta, particularmente la que ocurre en la familia contra las mujeres y niños o niñas.

- Violencia Económica. Se refiere al control del dinero, a no informar el monto de los ingresos familiares y a impedir el acceso a ellos.
- Violencia Patrimonial. Se refiere al control del patrimonio, herencia o bienes materiales de la pareja o hijos.
- Violencia Institucional. Este tipo de violencia ha sido definido como una forma específica de abuso que las instituciones, privadas o públicas, cometen hacia las personas, se genera en dos niveles y puede causar daño físico o emocional:

1. De la institución hacia sus propios trabajadores.

2. De la institución hacia usuarios de los servicios que dicha institución presta.

Este último tipo de violencia incluye la negación del tratamiento, no referir a otros servicios, suministro deliberado de información defectuosa o incompleta, largas esperas injustificadas o discriminatorias para ser atendidas en las instalaciones, maltrato verbal, negación de medicamentos y atención, manejo del dolor como generador de culpa.

Amnistía Internacional ha señalado que los actos de violencia contra la mujer que causan dolor o sufrimiento físico o mental grave, y que pueden ser prevenidos por los Estados, son prohibidos por la Convención de la ONU contra la Tortura y Otro Tratamiento o Castigo Cruel, Inhumano o Degradante. (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2010b)

2.2. Los Índices de Violencia de Género en el Estado y la Región

Las naciones unidas refieren que las defunciones femeninas con presunción de homicidio de menores de edad en un periodo de 1990 al 2016 reflejan una cifra de 100 mil víctimas, dentro de esta cifra se estima que las victimas por violencia familiar radica en el 12.1% y el 13.8 % en infantes de entre 5 y 9 años de edad. De estas 100 mil víctimas el 55% de las defunciones dieron lugar en vía pública y en el 51.9% de los casos se hizo uso de algún arma de fuego, mientras que el 16.3 % hicieron uso de estrangulación, ahorcamiento, sofocación e inmersión, el 10.3% con algún objeto punzocortante y otro 13% no se tiene conocimiento del medio utilizado. Al momento de señalar a los casos de víctimas niñas y adolescentes que sufrieron su defunción en su hogar el 25% fueron mediante estrangulación, ahorcamiento, sofocación e inmersión, el 24% por medio de armas de fuego, 14.6% con objetos punzocortantes y el 16.3 con métodos desconocidos. (ONU Mujeres, 2018)

2.3. Consecuencias de la Violencia de Género

Algunas de las afectaciones que genera la violencia de género según López y Rubio (2020):

Es la evolución del trastorno de estrés post traumático, así como trastornos ansiosos y depresivos. Disminución de la autoestima, la aparición de sentimientos de culpa y el sentido de dependencia hacia el victimario, además de presentar alteraciones en la vida diaria de la víctima como lo es el desarrollo somatizaciones, dificultad para conciliar el sueño, uso excesivo de medicamentos, disminución de conductas de autocuidado. Tienden a justificar el uso de la violencia y por ello invitar al agresor a abandonar cualquier sentimiento de culpa e inclusive hacer uso de conductas de protección dirigidos al victimario. Cualquier afectación no es exclusivamente hacia la víctima, sino que repercute de igual forma a sus hijos e hijas quienes comúnmente presentan dificultad para la planificación y la aparición de sentimientos de dependencia hacia el abusador que generalmente es la figura paterna además de ser usados

con frecuencia para lograr un control y daño hacia la madre. Por último, posteriormente los hijos e hijas suelen ser víctimas de sus parejas al crecer. (p.77)

Según López y Rubio (2020)

La violencia de género engloba todos los tipos de violencia sobre la mujer basadas en la pertenencia al sexo femenino y que traspasa los límites de las relaciones familiares, domésticas y afectivas. Se considera una violación de los derechos humanos. Además, se la cataloga como un problema de salud serio tanto físico como psicológico que ha alcanzado proporciones epidémicas, y afecta al 30% de las mujeres alrededor de todo el mundo. (p.3)

2.4. Violencia Intrafamiliar y de Género en Latinoamérica

En Latinoamérica la violencia dentro del sistema familiar ya es considerado como un problema social. Esto es debido a que anteriormente este fenómeno se creía íntimo que solo competía a la familia, pareja y se le carecía de importancia y normalizando a la violencia a nivel social. En la actualidad este hecho está establecido como delito y por consecuencia penado, sin embargo, aun presenta altos índices de presencia en todo el continente siendo los menores de edad y las mujeres quienes representan a la población más vulnerable en la que se enfatiza el uso de agresión psicológica razón por la que se señala como indispensable diseñar nuevas formas de impedir este hecho. Especialmente desde la aparición del virus Covid-19 que ha obligado a la población a aislarse e interaccionar con el sistema familiar y por consecuencia se han registrado diversos casos de violencia tales como lo son los feminicidios, como lo señalan López y Rubio (2020).

En 2018 se registraron aproximadamente 3250 feminicidios en la región de Latinoamérica y el Caribe. Estos datos son aún más alarmantes en el 2020 a raíz de la aparición del COVID-19 y la necesidad de aislamiento a través de la cuarentena en varios países de la región existiendo un aumento de más del 50%

en denuncias relacionadas con agresiones sexuales, violencia intrafamiliar y violencia de género en países latinoamericanos. (p.5)

2.5. Abordajes para la Violencia de Género

Se retoman los siguientes puntos como un panorama de la forma en que se suele llevar a cabo el abordaje de la violencia de Género, en este caso utilizando el ejemplo de lo planteado por el Manual de Atención que se cita en el presente trabajo.

Para el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, (2010a):

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 psico-emocional, desde el Enfoque Centrado en la Persona y la perspectiva de género, se pretende realizar el análisis de este problema y se elabora una propuesta de aproximación que permita a las y los psicólogos/as de los Servicios Especializados de Atención a la Violencia contar con dichas herramientas. (p.37)

De igual manera, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2010a comparte que:

Por su aplicabilidad y el costo beneficio a gran escala, los protocolos de atención se sustentan en el modelo Cognitivo-Conductual, ya que a nivel técnico ha documentado y demostrado tener eficiencia y capacidad de replicabilidad para el trabajo con mujeres que viven en situación de violencia según Arinero, (como se citó en Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2010a). Sabemos que existen diversos enfoques para la atención psicológica a mujeres en situación de violencia; sin embargo, como institución pública, las y los servidores sólo estamos facultados para hacer aquello que la Ley nos señala que podemos hacer, por lo que los modelos de mediación o conciliación, no

están permitidos. Por su parte, también la Ley y la normatividad indican que la atención deberá ser con perspectiva de género y dirigida a informar y reconocer su situación, informar sobre sus derechos, limitar los daños a la salud y promover la toma de decisiones para la recuperación de la autonomía y empoderar a las mujeres para parar la situación de violencia por la que cursa, por lo que se requiere de una intervención breve y enfocada a la problemática específica. (p. 43)

Así pues, es posible entender la necesidad del sustento tanto legal como teórico al momento de establecer una línea de atención psicológica, en especial al tratarse del abordaje de temas delicados como lo son la violencia de género.

2.6. La Violencia de Género desde la Perspectiva de Género en la Psicología

La violencia contra la mujer, recientemente conceptualizada como violencia de género, ha sido definida como todo acto de violencia que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico que afecten a ésta, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción, o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada. Según Noeleen Heyzer (como se citó en Acharya & Stevanato, 2005)

La violencia basada en el género ha aumentado 50 por ciento en el periodo que va de 1995 a 2000. Lo cual demuestra que hoy día en el mundo la violencia contra las mujeres entre los 15 y los 44 años de edad causa más muertes e inhabilitaciones que el cáncer, la malaria, los accidentes de tránsito e incluso las guerras. Por su parte, datos del Banco Mundial (BM) indican que en los Estados Unidos cada 15 segundos una mujer es violada por su marido, mientras que en México cada tres minutos existe una violación. A este respecto, la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal de México (como se citó en Kumar & Salas, 2005) señala que una de cada 5 mujeres mexicanas enfrenta algún tipo de violencia por parte de los hombres. (Párr.12)

2.7. Herramientas de Afrontamiento de la Violencia de Género

Según Méndez (2001): La orientación género sensitiva, se enfoca en la experiencia de la mujer que vive en situación de violencia y considera la violencia como una consecuencia lógica de la condición de la mujer en la sociedad. Por su parte, 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 de la o el terapeuta es vital para generar las actitudes, valores y posición frente al tratamiento (CNEGSR, 2010a). Esta categoría, además, permite sacar del terreno biológico lo que determina la diferencia entre los sexos y colocarlo en el terreno simbólico.

La teoría género-sensitiva también hace énfasis en que más allá de las técnicas, lo importante es su filosofía. Para ello:

- A) Se deben examinar en terapia las contradicciones inherentes al intento individual para resolver conflictos, mientras se vive en un ambiente social que enseña los usos inapropiados del poder y limita el acceso a los recursos basándose en el género.
- B) Analiza los roles sexuales tradicionales y los roles de poder en las relaciones.
- C) Apoya el análisis de la experiencia de discriminación, en los procesos dirigidos al cambio.
- D) Afirma que los factores socioculturales basados en el género son la fuente de muchas perturbaciones emocionales.
- E) Que la desigualdad es una de las causas centrales de la violencia contra las mujeres.
- F) Que la violencia cotidiana contra las mujeres es una estrategia de poder para someterlas. (p. 29)

De esta manera, al enunciar los distintos tipos de violencia y el contexto del que suelen estar rodeados -especialmente en nuestra región- se pretende quede claro lo anterior como un parteaguas para comprender la importancia de la implementación de

técnicas y métodos de acción para combatir esta problemática desde el área de la salud, especialmente, en este caso, desde el área de la psicología.

Capítulo 3. Perspectiva de Género en la Psicoterapia y la Asesoría Psicológica

Una vez teniendo claro el contexto anteriormente expuesto referente a los conceptos principales materia de género y la importancia de su intervención en la salud, se elabora este último capítulo que aborda directamente la temática de *la perspectiva de género en la psicoterapia y la asesoría psicológica*, comenzando por establecer las diferencias entre la modalidad de psicoterapia y de asesoría psicológica para dejar claras las variaciones que puede haber al aplicar la perspectiva de género en una modalidad y otra, posteriormente recorriendo brevemente la historia de su aparición, los avances logrados en sus inicios y que prevalecen, y la metodología en general empleada hasta el momento, recordando que la mayoría de la información está sustentada en la aplicación de la perspectiva de género en la psicoterapia, pero que no deja de ser un parteaguas para entender la importancia de su implementación en la asesoría psicológica, cuestión que se pretende demostrar en la presente investigación.

3.1. Diferencias Entre Psicoterapia y Asesoría Psicológica

Se le conoce como psicoterapia es el área más profunda en la que se puede desempeñar el psicólogo clínico debido que en esta se realiza un análisis completo de la situación personal del paciente que incluye su conducta , su relación con su medio ambiente, su postura ante el conflicto que presenta, su relación familiar, social y cultural, además de contemplar cualquier mecanismo que se encuentre en su inconsciente y que pueda estar participando en la situación actual en que también se analiza su historia de vida entre otros factores. A su vez otra categoría de intervención que no comparten el nivel de profundidad, siendo esta: la orientación psicológica que aporta atención básica a pacientes psicológicos aportando una postura objetiva que busca comprender las opciones y capacidades el paciente ante la situación particular del mismo. (Flores, 2017)

Bosch, Ferrer y Gili, 1999 (cómo se citó en Ferrer Pérez & Bosch Fiol, 2005) comparten la postura en la que se considera que la psicología durante generaciones ha contemplado al varón el foco de su estudio a lo que es posible considerarlo “androcéntrico” lo cual denota una señalada desconsideración a la parte femenina abordada desde el área intelectual, abordando la moral hasta la biológica validando la desconsideración mediante lo científico. Esto debido a que los varios estudios en los inicios de la psicología como ciencia se realizaron con muestras con poca consideración a la población femenina, lo que dio la consecuencia de sesgos dentro de los datos obtenidos ante las muestras recolectadas, derivando para la psicología la descripción de Beauvoir al enfatizar "El hombre es el Sujeto y la mujer es la Otra" (cómo se citó en Ferrer Pérez & Bosch Fiol, 2005) afectando también a las propias investigadoras como lo fue Anna Freud (1895-1982) o Joan Erickson (1903- 1997) quienes carecían de reconocimiento a pesar de sus estudios en el área.

Debido a esto se señala que la psicología tradicional no es la ciencia objetiva y neutral que se postuló en los inicios teniendo una afectación en la población femenina que según la comunidad científica es básicamente imposible el analizar cada investigación con el objetivo de corregirlas en cuanto a sesgos ante el género en la psicología tradicional, siendo uno de esas investigaciones las de violencia de género en las que un sesgo marcado es el contemplar al agresor como “un individuo que sufre una enfermedad” que claramente aborda al área mental cómo se manejó por los autores Hotaling y Sugarman en 1986 o en los de Cadsky, Harris y LaLonde en 1997 (cómo se citó en Ferrer Pérez & Bosch Fiol, 2005) en dichos ejemplos se marca a la psicopatología como determinante en los agresores, cuantos estos a pesar de que si desarrollan rasgos de personalidad acentuados no necesariamente denotan un trastorno psicopatológico siendo aproximadamente el 10% de los agresores los que presentan una psicopatología, tal y como lo señalan Tolman y Bennett (1990) (cómo se citó en Ferrer Pérez & Bosch Fiol, 2005)

A continuación se presenta un apartado respecto a la perspectiva de género en la investigación psicológica sobre violencia de género.

3.2. La Perspectiva de Género en la Investigación Psicológica sobre Violencia de Género

Bosch, Ferrer y Gili, (cómo se citó en Ferrer Pérez & Bosch Fiol, 2005) comparten la postura en la que se considera que la psicología durante generaciones ha contemplado al varón el foco de su estudio a lo que es posible considerarlo “androcéntrico” lo cual denota una señalada desconsideración a la parte femenina abordada desde el área intelectual, abordando la moral hasta la biológica validando la desconsideración mediante lo científico. Esto debido a que los varios estudios en los inicios de la psicología como ciencia se realizaron con muestras con poca consideración a la población femenina, lo que dio la consecuencia de sesgos dentro de los datos obtenidos ante las muestras recolectadas, derivando para la psicología la descripción de Beauvoir al enfatizar "El hombre es el Sujeto y la mujer es la Otra" (cómo se citó en Ferrer Pérez & Bosch Fiol, 2005) afectando también a las propias investigadoras como lo fue Anna Freud o Joan Erickson quienes carecían de reconocimiento a pesar de sus estudios en el área.

Debido a esto se señala que la psicología tradicional no es la ciencia objetiva y neutral que se postuló en los inicios teniendo una afectación en la población femenina que según la comunidad científica es básicamente imposible el analizar cada investigación con el objetivo de corregirlas en cuanto a sesgos ante el género en la psicología tradicional, siendo uno de esas investigaciones las de violencia de género en las que un sesgo marcado es el contemplar al agresor como “un individuo que sufre una enfermedad” que claramente aborda al área mental cómo se manejó por los autores Hotaling y Sugarman en 1986 o en los de Cadsky, Harris y LaLonde en 1997 (cómo se citó en Ferrer Pérez & Bosch Fiol, 2005) en dichos ejemplos se marca a la psicopatología como determinante en los agresores, cuantos estos a pesar de que si desarrollan rasgos de personalidad acentuados no necesariamente denotan un trastorno psicopatológico siendo aproximadamente el 10% de los agresores los que presentan una psicopatología, tal y como lo señalan Tolman y Bennett (1990) (cómo se citó en Ferrer Pérez & Bosch Fiol, 2005)

Garzón-Segura (como se citó en Vergara, 2018) establece que los estudios de género en el ámbito de la psicología se remontan a los años 60, pero adquieren un mayor protagonismo a finales de los años 70. En un principio, la psicología ponía el foco en el componente biológico y las diferencias innatas entre hombres y mujeres, dejando de lado la crítica y el análisis. Con el tiempo, la psicología se fue acercando hacia una mirada socio-cultural, y por lo tanto, fue progresando hacia planteamientos cada vez más flexibles, que permiten analizar el género como un organizador de las relaciones sociales que influye en múltiples situaciones, contextos e interacciones interpersonales según Barberá & Cala (como se citó en Vergara, 2018)

Rosenberg plantea que:

El objetivo de la práctica psicoanalítica es despejar en las condiciones singulares de cada individuo -el modo como cada uno construye su sufrimiento- para poner a su disposición los elementos subjetivos que le permiten tanto aceptar como rechazar su destino en el mundo que habita (como se citó en Garay, 2019 pp. 1996-267).

Considerando esto, se puede pensar que incluir la perspectiva de género dentro del ejercicio analítico favorecería que el sujeto pudiera reconocer las identificaciones primarias que sostienen su identidad, desde la premisa fundamental de que el género es una construcción social que se performa diariamente, a través de un conjunto de actividades perceptivas, interactivas y socialmente guiadas y que, además, incluyen variantes, como lugar geográfico, situación económica, social, familiar, etcétera. (Garay, 2019)

También se esperaría que esta perspectiva, al integrar la construcción del género como un discurso más abarcativo, permitiera al sujeto reconocer las dinámicas relacionales que están supeditadas, de manera inconsciente, con la idea de una relación natural entre un cuerpo sexuado y las funciones, y actitudes, esperadas por la sociedad para ese cuerpo. También, que le facilitara el ejercicio consciente de la propia libertad

individual, en cuanto a la expresión del propio género, y una mejor comprensión de sus propias dinámicas relacionales, en el ámbito familiar y social. (Garay, 2019)

La carencia de dichos estudios, cobra sentido al notar lo poco presente que ha estado la perspectiva de género en la formación profesional de psicólogos y psicólogas. En una revisión de las mallas curriculares de psicología en universidades latinoamericanas y españolas, se encontró que solo un 2% incluye algún ramo de género, y solo un 4% lo incluye como un subtema dentro de otra asignatura. Esta falta tiene relación con la creencia de psicólogas y psicólogos de que sus prácticas terapéuticas están exentas de prejuicios basados en el género, siendo imparciales, neutrales y objetivos. Este supuesto ignora que los sesgos de género atraviesan todas las culturas patriarcales, y en consecuencia, también están mayoritariamente presentes en las y los terapeutas, lo que tiene repercusiones en terapia. El hecho de no identificar los propios sesgos trae consigo el riesgo de reproducir en terapia las condiciones desventajosas que generan malestar en las personas, e incluso afectar el tratamiento psicoterapéutico brindado. Por ejemplo, en la sociedad patriarcal existe una tendencia a clasificar a las mujeres como “enfermas mentales”, lo que puede llevar a que terapeutas le resten importancia al malestar de las mujeres y/o las sobre-diagnostiquen. (Vergara, 2018)

El primer paso para incluir el enfoque de género en psicoterapia se relaciona con la persona del terapeuta, quien debe preocuparse tanto de adquirir contenidos acerca del enfoque de género como de realizar un trabajo personal, caracterizado por cuestionar los propios sesgos. Se propone que quienes se dedican a la terapia deben ser capaces de identificar las construcciones sociales existentes con respecto al género, tomar consciencia de sus propios valores respecto al género, y analizar en qué medida están basados en estereotipos sexistas. Solo de esta manera, los y las terapeutas pueden ayudar a las personas consultantes a reflexionar acerca de sus roles de género, sin juzgarlos. (Vergara, 2018)

Los pasos siguientes a seguir para incluir la perspectiva del género en psicoterapia, tienen que ver con visualizar la importancia del género en el ámbito

clínico, y abordar este factor como un área de exploración e intervención relevante durante la psicoterapia según Martínez y otros autores. (Como se citó en Vergara, 2018) “El género (...) se convierte en un tamiz por medio del cual pasan todas las experiencias de la vida humana. Siendo esto así, cobra sentido e importancia el interrogante sobre el papel del género en la psicología”, el cual debe servir como categoría de análisis e interpretación de la realidad social, siendo una variable explicativa y contextual. En esta línea, la variable del género puede ser útil para analizar las dinámicas relacionales de poder, las relaciones interpersonales que se construyen, la naturalización de los estereotipos sexistas que establecen diferencias entre hombres y mujeres, entre otros. Es importante tomar en cuenta estos aspectos, puesto que pueden tener efectos negativos en el bienestar de hombres y mujeres según Knudson-Martin. (Citado por Vergara, 2018)

Respecto a las dinámicas de poder en las relaciones de pareja, el aspecto de la desigualdad que más influye en la sintomatología de la mujer es la falta de control en el reparto de tareas y en la toma de decisiones. De esta manera, los roles atribuidos a las mujeres –considerados comúnmente “inferiores” a los de los hombres- favorecen un bajo reconocimiento social, baja autoestima, estrés crónico e incluso depresión. De hecho, los trastornos depresivos y de ansiedad son prácticamente tres veces más prevalentes en la mujer que en el hombre. (Vergara, 2018)

A partir de lo anterior, es posible decir que las construcciones de género tienen una gran incidencia en las vivencias personales de quienes consultan, y, en consecuencia, las y los terapeutas debieran al menos explorar si el género tiene alguna relación con el malestar que expresan. Teniendo esto en cuenta, a continuación, se enumerarán ciertas orientaciones que caracterizan a la perspectiva de género:

1) Valora las labores de crianza, cuidado y trabajo doméstico no remunerado (MacíasEsparza & Ortiz, citado por Vergara, 2018).

2) Entiende las presiones impuestas por los roles de género y el sexismo (MacíasEsparza & Ortiz, citado por Vergara, 2018).

3) Considera que hombres y mujeres debieran ser igualmente responsables de la calidad de relación de la pareja y relaciones familiares (Goodrich et al., 1989), por lo que -en caso de haber hijos- asume que ambos padres debieran ser co-responsables de su cuidado (Macías-Esparza & Ortiz, citado por Vergara, 2018).

4) Cuestiona y deconstruye los roles de género, con el fin de construir formas más justas y equitativas de relación (Macías-Esparza & Ortiz, 2017). Las buenas relaciones se caracterizan por la mutualidad, reciprocidad, interdependencia y consenso, y no por la jerarquía (Goodrich et al., 1989), lo cual puede darse en diferentes tipos de constelaciones familiares (monoparentales, reconstituidas, etc). (Goodrich et al., citado por Vergara, 2018).

5) Evita el riesgo de una posición estrictamente neutral cuando las diferencias de poder contribuyen a la mantención del problema (Macías-Esparza & Ortiz, citado por Vergara, 2018).

6) Invita al terapeuta a conocer otros enfoques teóricos relacionados con la justicia social y la diversidad multicultural. En este contexto, se torna relevante el concepto de “interseccionalidad”, que propone que hay otros factores aparte del género que pueden poner a una persona en una posición desventajosa que afecte sus oportunidades económicas, políticas y sociales. Algunos de 8 estos factores son la etnicidad, orientación sexual, diversidad funcional y edad rescatado por Lombardo y Verloo (como se citó en Vergara, 2018)

Knudson-Martin (como se citó en Vergara, 2018), por su parte, propone ciertas sugerencias para terapeutas:

1) Es necesario primero preguntarse personalmente cómo el género nos construye, para desarrollar la sensibilidad de preguntarse cómo el género está moldeando la experiencia y las relaciones del paciente.

2) No hay que asumir que hay equidad, puesto que si se les responde a las personas como si tuvieran el mismo poder, se puede poner a una de las personas en desventaja.

3) Se recomienda hacer preguntas centradas en el género. Por ejemplo: En la relación de pareja, ¿quién es más atento hacia el otro o la otra? ¿quién suele tomar las decisiones?

4) Articular los problemas que se relacionan con el género. Es decir, es trabajo del terapeuta poner en palabras los problemas que traen consigo las construcciones de género.

5) Se propone externalizar, o enmarcar los problemas insertos en un contexto social, para permitir que los y las pacientes vean su problema como mayor que una lucha individual.

El primer nombre que recibió la perspectiva de género fue el de psicología de las mujeres, establecido por la APA (2018) en su división número 35 y se enfocó en las vivencias femeninas en las que se detallaba la maternidad, educación académica y su participación en el área pública sus objetos de estudio, aspectos que se siguen estudiando, sin embargo, su actual enfoque se desempeña especialmente en relaciones que se realizan en conexión entre los géneros y la evolución del área masculina y femenina desde las distinciones sexuales siendo esta la razón del nombre perspectiva de “género”, término que se usó en 1966 ya en el área clínica para referirse a la sexualidad de los individuos hermafroditas para posteriormente llegar a la actualidad en donde la psicología social entiende al sistema sexo/género como una participación interna, es decir un fenómeno que los define o poseen mientras que el área socio-cognoscitiva lo entiende como un elemento que puede ser estimulado y al se le brinda una carga en forma de creencia, las cuales tienen impacto en la visión de lo masculino como de lo femenino y con ello modificar la conducta del individuo que se ve reflejada en su participación a nivel social ya sea desde el sistema familiar como en lo educativo o laboral y es ahí la importancia de la intervención psicológica en este enfoque. (Cala Carrillo & Barberá Heredia, 2009)

En 1974 se realizaron estudios en dónde se analizaron más de mil investigaciones acerca de memoria, habilidades intelectuales, estilos cognoscitivos,

temperamento, relaciones de poder y agresividad entre demás áreas y se llegó al resultado en el que las distinciones entre los hombres y mujeres se encontraron en 4 esferas, siendo estas: la agresividad, habilidades verbales, habilidades matemáticas y habilidades visoespaciales siendo sobresaliente las habilidades verbales en las mujeres, mientras que el varón se destacaba en las tres restantes (habilidades visoespaciales, agresividad y matemáticas), contrario a lo que se conoce hoy en día, ya que se las comparaciones no se limitan a 4 áreas sino que se contemplan igualmente al liderazgo, asertividad, autoestima y entre otras, demostrando que existe elementos a nivel social y del entorno que deben contemplarse al momento de analizar diferencias entre los géneros/sexos (Cala Carrillo & Barberá Heredia, 2009)

Actualmente se pueden realizar las comparaciones en 6 áreas:

- Variables cognoscitivas.
- Comunicación verbal y no verbal.
- Variables sociales/personalidad.
- Bienestar psicológico.
- Conductas motoras.
- Razonamiento y moral.

Obteniendo como resultado de la comparativa es que varones y mujeres comparten similitudes en casi todas las áreas generando la hipótesis de similitud de género. Esto se logra gracias al origen de la perspectiva de género en la psicología que surge a partir de la visión psicosocial en visiones como las de Martin y Dinella (como se citó en Cala Carrillo & Barberá Heredia, 2009) que consideraban a las personas como procesadores de información al realizar componentes de su conocimiento a través de su ambiente cultural y social incluyendo las de su propio sexo/género y las características de las mismas denominadas esquemas de género que sirven como una orientación en el razonamiento y conducta de la persona. Para este estudio de esquemas se considera que la identidad de género se forma igual a

toda conducta: a través de la observación y la imitación del ambiente social al que pertenecen.

Estos esquemas al ser formados afectan en el entendimiento de la conducta ajena, además que de involucrar una reestructuración de la memoria e implicar un papel vital en la creación del autoconcepto como se puede ver en diferentes investigaciones en las que al llanto de un bebé femenino se asocia al miedo mientras que el del bebé masculino a enojo, algo similar ocurre cuando una mujer realiza una tarea que se ha visualizado como masculina y se tiene un buen rendimiento se le atribuye a suerte o esfuerzo mientras que al varón se le atribuye a sus habilidades. Unger & Crawford (como se citó en Cala Carrillo & Barberá Heredia, 2009) encontraron pruebas de que la memoria recupera la información que reafirma al esquema de género y coincide con las ideas que pueden ser consideradas estereotipos ante algún grupo mientras que en el autoconcepto el esquema determina las particularidades, dinámicas y disposiciones del individuo condicionando las relaciones a nivel social que determinan a la experiencia. (Cala Carrillo & Barberá Heredia, 2009)

3.3. Los Manuales de Atención Psicológica con Perspectiva de Género

A continuación, se presenta lo expuesto en la presentación del Manual de Lineamientos y Protocolos para la Atención Psicológica de Mujeres que viven en situación de Violencia Familiar y de Género (CNEGSR, 2010a) a manera de ejemplificar lo que ofrece un Manual diseñado para la aplicación de la perspectiva de género, particularmente este mencionado, pues es el manual que fungió como guía para la presente investigación.

Según lo establecido en el Manual (CNEGSR, 2010a):

El presente Manual de Lineamientos y Protocolos para la Atención Psicológica de Mujeres que viven en situación de Violencia Familiar y de Género se diseñó con el fin de proporcionar una guía práctica para las y los psicólogos que brindan atención en los Servicios Especializados de Atención a mujeres en

situación de violencia. En él se establecen los criterios para la atención psicológica de las mujeres con la finalidad de brindar un servicio oportuno, de calidad técnica e interpersonal, que limite los daños a la salud de las mujeres y contribuya a parar la situación de violencia; así mismo, retoma los procedimientos para la referencia precisa y eficiente. (p.9)

Posteriormente, observamos la importancia de justificar el sustento legal en el que está apoyado el manual:

Este manual está diseñado en el marco legal y normativo vigente para la atención de la violencia familiar y contra las mujeres, así como en el Modelo Integrado para la prevención y atención de la violencia familiar y sexual, Manual de Operación, de la Secretaría de Salud y es parte de los objetivos del Programa de Acción Específico 2007-2012 de Prevención y atención de la violencia familiar y de género. (p.9)

Así como el sustento teórico apoyado por diversos investigadores pertenecientes al gremio de la psicología, especialmente que se han dedicado al campo de la perspectiva de género:

Para la elaboración de estos protocolos de atención se contó con el aporte de las mejores prácticas recabadas en el grupo de expertas que se conformó y la experiencia a nivel internacional en la atención a mujeres en situación de violencia, quienes aportaron su experiencia y compromiso profesional y personal en el trabajo con mujeres. La información se recopiló a través de la metodología del Benchmarking, para aprovechar en lo posible el trabajo y la experiencia del personal que labora en el Programa de Prevención y Atención de la Violencia familiar y de Género, en cuanto a atención psicológica a mujeres que viven en situación de violencia en nuestro País. (p.9)

Y, por último, la nota final, que retoma el objetivo del manual y recalca la población hacia la que va dirigido:

Confiamos en que este manual será una herramienta esencial que facilite al personal de psicología su trabajo con las mujeres que viven violencia, y a su vez, conlleve a generar en las usuarias un cambio en los patrones de conducta que les permita gozar plenamente de sus derechos y vivir libres de violencia.
(p.9)

Capítulo 4. Metodología

En este apartado desglosaremos los elementos de la investigación que corresponden a la realización de la misma. Por un lado, encontraremos la hipótesis, que refiere una suposición de los resultados de este estudio. Posteriormente, se representará el diseño de investigación que se llevó a cabo a través de un plan con estrategias para rectificar la hipótesis y contestar la pregunta de investigación que de igual forma encontraremos en este apartado. Se especificará el instrumento utilizado para comprobar los resultados de la investigación, En este caso, la trascendencia de la aplicación de la perspectiva de género. Consecutivamente, se mostrará el marco contextual de la investigación, que hace referencia a las condiciones y situación general que describe el entorno de la presente investigación y finalmente el procedimiento que se utilizará para la aplicación de la presente investigación.

4.1 Diseño de Investigación

La presente investigación es de tipo exploratoria (Hernández, 2014). Este tipo de investigación fue seleccionado dado que se considera que la perspectiva de género es una temática que se encuentra en constante actualización, además de la novedosa implementación en el área de la asesoría psicológica.

Los estudios exploratorios se efectúan, normalmente, cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes. Es decir, cuando la revisión de la literatura reveló que únicamente hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio. (Hernández, 1994)

Los estudios exploratorios nos sirven para aumentar el grado de familiaridad con fenómenos relativamente desconocidos, obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa sobre un contexto particular de la vida real, investigar problemas del comportamiento humano que consideren cruciales los profesionales de determinada área, identificar conceptos o variables promisorias,

establecer prioridades para investigaciones posteriores o sugerir afirmaciones (postulados) verificables (Hernández, 1994)

Por esta razón la presente investigación se basará en el análisis de dos casos que se analizarán individualmente para obtener un resultado cualitativo.

La Oficina de Contabilidad General de los EE.UU. (United States General Accounting Office USGAO) la cual ha sido precursora en el uso de esta metodología en el ámbito de la evaluación, presenta la siguiente definición: "un estudio de caso es un método de aprendizaje, que parte de un ejemplo complejo considerado como un todo en su contexto, y se basa en la comprensión en conjunto (holístico) de dicho ejemplo, a partir de una descripción y un análisis muy detallados". (Escudero et al., 2008)

4.2. Objetivos de Investigación

Para la presente investigación se plantea el siguiente objetivo general:

Argumentar la comprensión personal derivada de la aplicación de los protocolos con perspectiva de género en la asesoría psicológica a mujeres en situación de violencia que asisten al Centro de Atención Psicológica de Urgencia.

Asimismo, los objetivos específicos son los siguientes:

- Investigar los alcances de la aplicación de los protocolos con perspectiva de género en la asesoría psicológica a mujeres en situación de violencia
- Aplicar una metodología fundamentada en la perspectiva de género en la asesoría psicológica a mujeres víctimas de violencia
- Analizar la efectividad de la aplicación de los protocolos con perspectiva de género en la asesoría psicológica a mujeres víctimas de violencia

4.3. Preguntas de Investigación

De manera general, se pretende contestar la siguiente pregunta de investigación que se estableció como principal problema en el presente trabajo realizado en relación

a las variables citadas, las mismas siendo acordes a lo aplicado en la presente investigación y siendo fundamentadas en la aplicación de protocolos de perspectiva de género en los casos de violencia que asistieron a asesoría psicológica en el Centro de Atención Psicológica de Urgencia (CAPU) de Orizaba Veracruz.

¿Cuál es la comprensión personal de las mujeres en situación de violencia ante la aplicación de los protocolos con perspectiva de género que asisten a asesoría psicológica?

De igual forma a lo largo de la investigación surgen las siguientes preguntas, a las cuales se les da una respuesta de manera colateral a lo largo de la investigación:

¿Es posible abordar la violencia de género mediante la asesoría psicológica?

¿Existe un método cuantificable que permita medir los resultados de la asesoría psicológica en las mujeres víctimas de violencia?

¿Cuáles son los casos de violencia de género que asisten a asesoría psicológica de manera más común?

4.4. Hipótesis

En los estudios exploratorios no se formulan hipótesis, porque enfocan temas poco estudiados. Los estudios exploratorios se efectúan, normalmente, cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes. Es decir, cuando la revisión de la literatura reveló que únicamente hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio. (...) Tiene como propósito evaluar la relación que existe entre dos o más variables, conceptos o categorías, en un contexto particular (Hernández, 2006, p. 63).

Por tanto, para el establecimiento de la presente investigación se brinda una *explicación hipotética*: Si en la atención de asesoría psicológica se aplican los protocolos con perspectiva de género, entonces las mujeres en situación de violencia

identificarán como comprensión personal un conjunto de *creencias, valores, costumbres y opiniones sociales relacionadas con el género, que puedan tener incidencia en su proceso*. Por ejemplo, la creencia de que son valiosas por sí mismas, que no necesitan una pareja para estar completas, que no merecen recibir ningún tipo de maltrato y que pueden salir adelante por sus propios medios.

4.5. Variables

La variable es una definición de conceptos centrales o núcleos de interés del trabajo investigativo, generalmente reflejados de manera explícita en las preguntas de investigación como se rescata en Pérez (2009) es una expresión de una abstracción formada a partir de la generalización de un particular. Partiendo de esto, se obtuvieron las siguientes variables para el presente trabajo:

Variable Independiente: La aplicación de protocolos con perspectiva de género.

Según lo establecido por Del Río (CNEGSR, 2010a): El Manual de Lineamientos y Protocolos para la Atención Psicológica de Mujeres que viven en situación de Violencia Familiar y de Género se diseñó con el fin de proporcionar una guía práctica para las y los psicólogos que brindan atención a mujeres en situación de violencia. (p.9)

Variable Dependiente: siendo la obtención de herramientas derivada de la aplicación de la perspectiva de género, la cual radica en la *comprensión personal* para afrontar su problemática. La cual se entenderá a partir de los rasgos establecidos en la presente investigación, referida como la *identificación de creencias, valores, costumbres y opiniones sociales, relacionadas con el género, que puedan tener incidencia en su proceso*. Por ejemplo, la creencia de que son valiosas por sí mismas, que no necesitan una pareja para estar completas, que no merecen recibir ningún tipo de maltrato y que pueden salir adelante por sus propios medios.

4.6. Instrumentos

Se utilizó una serie de *protocolos de aplicación de perspectiva de género*, obtenidos del *manual gubernamental: Atención Psicológica a Mujeres en Situación de Violencia. Lineamientos y Protocolos*. (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2010a), mismos que fueron previamente seleccionados, y en caso de ser necesario, *adaptados* acorde a las necesidades identificadas en la presente investigación.

Si bien se expone a continuación una serie de protocolos que proporcionan una guía para el abordaje de la violencia contra las mujeres, cabe señalar que las técnicas aquí sugeridas pueden ser modificadas para adaptarse a la circunstancia específica de cada mujer, siempre que el objetivo terapéutico se logre. Cada uno de ellos fue realizado de acuerdo al consenso de las expertas que trabajan en la atención de las mujeres en condiciones de violencia familiar y de género. Los protocolos fueron pensados en función del nivel de violencia que está viviendo la usuaria, por lo que las sesiones fueron diseñadas para alcanzar cada uno de los objetivos terapéuticos. También se elaboraron los protocolos de Camino de retorno a la vida sin violencia y de atención a la Violencia Sexual. Además del objetivo terapéutico, cada sesión cuenta con las técnicas propuestas desde el marco cognitivo conductual, así como los respectivos materiales requeridos para el buen desarrollo de la misma. Si la técnica no se adecua al contexto de las personas a atender y/o las habilidades de la misma no lo permiten, se sugiere aplicar la técnica más adecuada, sin perder de vista el objetivo terapéutico. Dentro de cada protocolo sólo se incluye la carta descriptiva del proceso y la recomendación de técnica a utilizar, el desarrollo de éstas se encuentra descrito en la *Compilación de Técnicas* (Capítulo 10). Se recomienda que, para mayor información sobre las técnicas, las y los lectores se remitan a los textos citados en la bibliografía para ampliar su conocimiento de las mismas. (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2010a, p.55)

Los protocolos aquí descritos se encuentran en el manual gubernamental: Atención Psicológica a Mujeres en Situación de Violencia. Lineamientos y Protocolos (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2010a, p. 55-72). El cual divide los protocolos para la atención en tres posibles niveles de aplicación según el tipo de violencia en el que se esté interviniendo: (violencia moderada, severa, extrema y adicionalmente: violencia sexual), así como algunos protocolos que se emplean en caso de emergencia al haber vivido una situación violenta o agresiva en las últimas 72 horas. Se seleccionará el protocolo adecuado para cada caso, siendo en este caso utilizado el de violencia sexual para ambos casos. De igual forma, resultan imprescindibles 3 (tres) fases de evaluación, que cumplirán con el siguiente orden:

- Fase de entrevista o sesión inicial
- Fase de seguimiento
- Fase de evaluación de resultados.

De igual forma, en caso necesario, se hará uso de un protocolo de referencia hacia algún profesional o institución que le brinde una intervención adecuada en caso de que el correspondiente caso no cumpla con los criterios de inclusión descritos en la presente investigación.

La aplicación de instrumentos se repartió en las seis sesiones que se imparten normalmente en la modalidad de asesoría psicológica de CAPU, debidamente adaptadas del manual.

4.7. Sujetos

Se trabajó con mujeres en situación de violencia que asistieron a asesoría psicológica en el Centro de Atención Psicológica de Urgencia, Orizaba Veracruz en el plazo de marzo a mayo de 2022.

Criterios de inclusión: Personas que se identifiquen con el género femenino, que hayan sufrido algún tipo de violencia a lo largo de su vida y que asistan a asesoría psicológica en el Centro de Atención Psicológica de Urgencia.

En el Manual está establecido lo siguiente:

La atención está dirigida principalmente a las mujeres que viven en situación de violencia severa; sin embargo, el programa tiene como política el rechazo cero, por lo que se ofrecerá la atención indistintamente a toda mujer que acuda en busca de apoyo por encontrarse viviendo una situación de violencia, sea moderada, severa o extrema. (CNEGSR, 2010a, p.21)

Sin embargo, en esta investigación únicamente se dará asesoría psicológica a los casos de violencia moderada a severa, debido a que la que sea estimada como extrema será referida a otro nivel de atención al salir de los alcances propios de un nivel de atención como es la asesoría psicológica.

“La atención se ofrecerá a mujeres de 15 años en adelante” (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2010a, p.21).

La atención se ofrecerá conforme al manual gubernamental: Atención Psicológica a Mujeres en Situación de Violencia. Lineamientos y Protocolos. (CNEGSR, 2010a, p. 55-72), que fundamenta su plan de acción en la “Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia”, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Atención Médica, la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005 y el Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual.

De igual forma, basándose en este modelo se destinó la sesión inicial y la sesión final para la evaluación del proceso.

La Atención Psicológica de los Servicios Especializados de atención a la violencia estará enfocada a problemáticas concretas provocadas por sucesos violentos del mundo exterior que requieren de una re-estructuración de las capacidades de la mujer en cuanto a: manejo emocional de la situación para evitar que ella sea rebasada por su situación; manejo intelectual para poder realizar un análisis adecuado de la situación, visualizando las opciones y los

recursos con los que se cuenta para facilitar la asertividad en la toma de decisiones y; el manejo de síntomas, síndromes o trastornos resultantes de la situación específica de violencia, como sería el trastorno por estrés postraumático y la sintomatología relacionada. Además de favorecer la capacidad de la usuaria para salir de la situación de violencia y detectar, fortalecer o construir sus redes de apoyo, con el fin de parar la situación de violencia. Por último, se puede proporcionar atención tendiente a la rehabilitación de aquellas mujeres que ya se encuentran libres de la situación de violencia. (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2010a, p.22)

En este orden, se contempla como criterio de *inclusión* que las consultantes accedan mediante su consentimiento a trabajar la situación de violencia identificada en la asesoría psicológica con el uso de los protocolos de perspectiva de género y el procedimiento planteado en la presente investigación.

Criterios de *exclusión*: Basado en lo referido en el *manual gubernamental: Atención Psicológica a Mujeres en Situación de Violencia. Lineamientos y Protocolos*. (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2010a)

- No se pueden tratar problemáticas sindromáticas como la depresión, las neurosis, las psicosis o trastornos de personalidad, éstos deberán ser referidos a otro nivel resolutivo de atención.
- En el caso de la violencia extrema y cuando la mujer no cuente con una red de apoyo social a la cual pueda acudir para refugiarse, se promoverá la referencia a un refugio y será en éste donde se proporcionen los servicios de atención psicológica, ya que dichas instancias son capaces de proporcionar la atención por un período de 3 meses. (p.22)

Este último punto se manejó de forma distinta, a modo de que los casos de violencia extrema se referirán a otro nivel de atención inmediatamente, indistintamente

a la red de apoyo con la que cuentan debido al nivel de atención que se maneja en la presente investigación.

De igual manera, se contempla como criterio de exclusión que las consultantes no accedan mediante su consentimiento a trabajar la situación de violencia identificada en la asesoría psicológica con el uso de los protocolos de perspectiva de género y el procedimiento planteado en la presente investigación.

4.8. Marco Contextual

Se realizó la presente investigación en el Centro de Atención Psicológica de Urgencia, que se encuentra ubicado en las instalaciones de la Casa de la Misericordia de Orizaba Veracruz, (Casa de la Misericordia, dispensario de Nuestra Señora del Carmen), casa de servicio derivada de la asociación civil Cáritas de Orizaba A.C., cuya dirección radica en oriente 2. colonia centro Orizaba, Veracruz De Ignacio De La Llave Código Postal 94300.

El Centro de Atención Psicológica de Urgencia es la institución bajo la cual se presta un servicio de Asesoría Psicológica, en este caso realizada como servicio social. La modalidad de las citas se realizó de manera presencial y con previa cita, siendo las consultantes parte de la población común que acudió a solicitar servicios de atención psicológica, donde se brinda un servicio de seis sesiones gratuitas establecidas por el modo de trabajo de dicha institución, razón por la cual se encontrará especificado en el documento que la atención consta de este número de sesiones.

Debido a la situación de pandemia por COVID-19 aún vigente en el transcurso de esta investigación, se tomaron las medidas sanitarias pertinentes para salvaguardar la salud integral de todos los participantes, situación cubierta por la institución en sí misma, pero también como factor a considerar en la investigadora y las participantes.

4.9. Procedimiento

Para llevar a cabo la presente investigación fue necesario cumplir con una serie de pasos, mismos que se expondrán a continuación en orden de realización.

Como primer paso fue necesario establecer un acuerdo con la institución en la que se realizó la investigación, como se mencionó anteriormente siendo el Centro de Atención Psicológica de Urgencia, con la que se estableció un contacto por medio del coordinador Manuel Guarneros para llevar a cabo los trámites pertinentes, en este caso siendo la expedición de un consentimiento informado para realizar un trabajo de investigación en las instalaciones de la institución, mismo que se firmó a nombre de la asociación de Cáritas A, C., de la cual se deriva el CAPU (Ver Anexo 1).

Una vez contando con el consentimiento de la institución, se procedió *a seleccionar la muestra* para la presente investigación. Este proceso se llevó a cabo de la siguiente manera: al encontrarme realizando el servicio social en el Centro de Atención Psicológica de Urgencia, me percaté de que había un número recurrente de mujeres consultantes que vivenciaban o habían vivenciado situaciones *de violencia de género* sin ser conscientes de ello. De esta manera, se llegó a la conclusión personal de que era necesario un plan de intervención que permitiera brindar un servicio a aquellas mujeres para hacerse conscientes de la situación que estaban vivenciando y brindarles o aportarles herramientas para enfrentar su problemática. De esta manera se seleccionó a dos mujeres, Virginia y Valentina, quienes acudieron a solicitar asesoría por motivos ajenos a la presente temática, pero con quienes se identificó la mencionada situación. De esta manera, se procedió a plantearles la idea de la investigación y a solicitar su consentimiento para trabajar con ellas, a lo cual, ellas aceptaron y firmaron un consentimiento informado que fue la clave inicial para comenzar con el proceso (Ver Anexo 2 y 3).

Para la presente investigación se seleccionó una serie de puntos adaptados obtenidos del procedimiento planteado en el manual gubernamental: *Atención Psicológica a Mujeres en Situación de Violencia. Lineamientos y Protocolos* para la modalidad de seis sesiones de la asesoría psicológica y según lo necesario para la atención de cada caso.

La modalidad de la atención fue sustentada en la magnitud y tipo de violencia a la que se encuentra sujeta la usuaria. Para realizar la clasificación y selección

del tipo de atención a ofrecer, se utilizarán las herramientas que se encuentran en el manual de operación del Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual –Herramienta de Detección, Evaluación de riesgo, Peligrosidad del Agresor y Capacidad de Respuesta–, y el Algoritmo de Detección del Nivel de Violencia. (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2010a, p.23)

De esta manera, se procedió a llevar a cabo las sesiones de atención con las consultantes siguiendo los pasos previamente establecidos por la investigadora.

La aplicación del proceso de asesoría psicológica se dividió en seis fases (Ver Tabla 1).

En primer lugar, se realizó la sesión de entrevista inicial para reunir los datos necesarios referentes a la situación de violencia y realizar la historia clínica de cada caso (Ver Anexo 13 y 14), en ambos casos no fue necesaria la aplicación de instrumentos para valorar el estado psico-emocional, pues esta información se reunió en la entrevista, además de que, como punto principal, no se realizó debido a que la situación de violencia que se trabajó ocurrió en el pasado y no se encontraba causando un malestar agudo –aparentemente- latente en el presente según lo estimado en la entrevista. Posteriormente y siguiendo al pie de la letra con el resto de puntos establecidos, se llevó a cabo la *Aplicación del Algoritmo de Magnitud de la Violencia*, que consiste en un estimado del tipo de violencia que está presentando, o en este caso, que presentó la usuaria, siendo este un conjunto de cuatro factores según lo propuesto en el manual: - Síntomas + Cronicidad + Frecuencia + Nivel De Daño = Nivel De Atención (CNEGSR, 2010a, p.56) (Ver Anexo 6), algoritmo que se llevó a cabo resultando en la conclusión de la utilización del protocolo de atención: *Atención Psicológica para Violación* para ambos casos (Ver Anexo 8). Una vez realizado el diagnóstico se procedió a establecer el encuadre terapéutico y posteriormente se realizó el desarrollo de las seis sesiones establecidas para el trabajo de asesoría psicológica, cumpliendo con las tres fases imprescindibles previamente establecidas en este trabajo de investigación, siendo estas la sesión de evaluación, la evaluación de seguimiento y

la evaluación de la efectividad del tratamiento, realizando las fases de seguimiento y de evaluación mediante la principal pregunta establecida para la presente investigación: ¿qué es lo que comprendes o lo que aprendiste de estas sesiones?. Finalmente, se realizó el cierre de sesiones manejando la referencia a otro nivel de atención y el seguimiento de tres meses mediante la asesoría psicológica que consulten las pacientes cada vez que así lo requieran con una cronicidad de al menos una vez por semana.

Como último paso en el procedimiento de realización de la presente investigación, se llevó a cabo la elaboración de expedientes y en general la compilación de datos obtenidos de las participantes y finalmente el análisis de los resultados obtenidos en el proceso de asesoría psicológica culminado de la presente investigación.

Estructura general de las sesiones adaptada del manual gubernamental: Atención Psicológica a Mujeres en Situación de Violencia. Lineamientos y Protocolos, basada en el Protocolo de Atención: Atención Psicológica para Violación (Ver Anexo 8)

Tabla 1

Estructura general para las sesiones de Virginia y Valentina

No. de sesión	Objetivo de la sesión	Técnicas utilizadas
1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluación inicial aplicando los instrumentos correspondientes, explicación del proceso y establecimiento de compromisos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicación de instrumentos de evaluación: Entrevista inicial (Ver Anexo 13 y 14)
2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Externar e identificar los hechos y sentimientos relacionados con la situación violenta. ▪ Regular las emociones por medio de la técnica de racionalización. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relajación por medio de la respiración (Ver Anexo 9) ▪ Racionalización.
3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Regular las emociones por medio de la racionalización e identificar las ideas relacionadas con el género. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Seguimiento mediante el cuestionamiento a la participante respecto a los avances percibidos. ▪ Racionalización.

4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cambiar los esquemas cognitivos desadaptativos personales y con incidencia respecto al género. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reevaluación cognitiva (Ver Anexo 10) ▪ Tarea para la casa según la necesidad identificada. (Ver Anexo 12)
5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reforzar las habilidades para solucionar problemas identificados. ▪ Planear las metas a corto y mediano plazo con el fin de restablecer un estilo de vida más sano y funcional. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión de tarea anterior y retroalimentación. ▪ Relajación por medio de la respiración. (Ver Anexo 9) ▪ Técnica de solución de problemas. (Ver Anexo 11) ▪ Elaboración de plan de vida. ▪ Tarea para casa.
6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cierre y evaluación. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Retroalimentación de las sesiones anteriores y evaluación mediante el cuestionamiento a la participante respecto a la comprensión obtenida del trabajo realizado.

Nota: Objetivos y técnicas que se abordaron a lo largo del asesoramiento psicológico, obtenidas y adaptadas del manual gubernamental: *Atención Psicológica a Mujeres en Situación de Violencia. Lineamientos y Protocolos*, específicamente del *protocolo de atención* seleccionado según las necesidades identificadas para el presente trabajo: *Atención Psicológica para Violación* (CNEGSRA, 2010).

Resultados

A continuación, para presentar los resultados obtenidos en la investigación realizada, se encuentra, en orden de aparición, la descripción general de la situación de violencia según cada caso, con el fin de establecer un contexto respecto a la situación que se trabajó en la respectiva asesoría psicológica de las consultantes, así como la estructura general de las sesiones basada en el protocolo de atención. Posteriormente, se desarrollará el análisis de cada sesión trabajada para finalizar con el análisis general respondiendo a las preguntas de investigación y estableciendo las pertinentes conclusiones.

Es importante recordar que los resultados aquí presentados se establecieron a partir de la selección de los protocolos del manual pertinentes a la situación de violencia de cada participante y su adaptación mediante la elaboración del plan de acción de las seis sesiones de asesoría psicológica aquí planteados. En caso de llevar a cabo la reproducción de la presente propuesta de trabajo, es necesario realizar las adaptaciones necesarias siguiendo la serie de pasos anteriormente mencionada, resultando variantes los protocolos a utilizar, el número de sesiones y el objetivo de cada sesión. Los resultados siguientes corresponden a la aplicación de los protocolos a las participantes Virginia y Valentina, que accedieron a trabajar con el método aquí propuesto. Al principio de cada análisis por sesión se encontrará un cuadro que señala el número de sesión y el objetivo de la misma, así como las técnicas utilizadas resaltadas en letras cursivas a lo largo del análisis.

Narrativa de casos

Caso 1: Virginia

Virginia es una mujer de 35 años que creció en una comunidad rural, durante su infancia Virginia vivió una serie de situaciones traumáticas que condicionaron su desempeño en la vida adulta. La principal situación de violencia que enfrentó en su vida radica en el abuso sexual que vivió por parte de su padre biológico, quien abusó de ella en sus primeros años de vida, hasta que murió de forma traumática frente a sus

ojos. Por esta razón, Virginia es seleccionada para el presente estudio para trabajar con ella en la asesoría psicológica la situación violenta que vivió hace tantos años y de la que nunca tuvo la oportunidad de concluir una atención al respecto.

Virginia asistió con varias psicólogas a lo largo de su vida, sin embargo, refiere que no tuvo la oportunidad de concluir su proceso con ninguna.

Se planifica trabajar con Virginia con el protocolo de atención “Atención Psicológica para Violación” (Ver Anexo 8), destinado para atender la situación pasada la fase de emergencia y cuando la violencia fue perpetrada por la pareja o un miembro de la familia (siendo este un evento único o crónico).

Debido a la magnitud de la situación de la paciente, se decide trabajar las seis sesiones de asesoría para posteriormente derivar con una psicóloga especialista en casos de abuso que pueda concluir un proceso especializado con ella, buscando que se acople a su presupuesto, y que cumpla con el único requisito indispensable para ella: que se trate de una mujer.

Se determinó que el tipo de violencia que vivió Virginia corresponde a la clasificación de *violencia sexual* y por esta razón se selecciona para el trabajo en su asesoría el protocolo de atención: “Atención Psicológica para Violación”, obtenido del manual gubernamental según lo establecido por el mismo. Se adjunta en los anexos el expediente elaborado de su caso (Ver Anexo 13).

Análisis por Sesión

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">➤ Sesión 1➤ Objetivo de la sesión: Evaluación inicial aplicando los instrumentos correspondientes, explicación del proceso y establecimiento de compromisos. |
|---|

Descripción:

Para la primera sesión, tal como está establecido en todos los protocolos de atención, se dio inicio con la evaluación inicial. En la sesión que tuvo una duración de 60 minutos se aplicó una *entrevista inicial* (Ver Anexo 13), con el fin de conocer la situación que la paciente vive/vivió y establecer un encuadre del resto de las

sesiones. Se explicó a la paciente que se trabajaría una serie de sesiones, propias de la asesoría psicológica que solicitó, que le permitieran identificar y externar los sucesos que le hayan causado un daño y poder liberarse de los mismos. Después de la aplicación de la entrevista se le realizó la pregunta textual: ¿sabes lo que es la violencia? ¿alguna vez has vivido una situación de violencia? A lo que la paciente respondió afirmativamente, mencionando principalmente los antecedentes de abuso sexual, que fungieron como centro de atención para el trabajo. Una vez identificada la situación, se le planteó a la paciente la propuesta del trabajo investigativo y se le dio a conocer el consentimiento informado que posteriormente firmó (Ver Anexo 1) y se estableció una serie de acuerdos y compromisos para el desarrollo de las sesiones. Por ejemplo, los horarios de trabajo que quedarían establecidos a disposición de paciente e investigador, circulando entre los días lunes y jueves entre las 11:00 y las 13:00 horas, pudiendo ser modificados en caso de ser necesario. De igual manera, a modo de compromiso, la asistencia y puntualidad por parte de ambas y el esclarecimiento de dudas, así como el abordaje de emociones en cualquier momento que fuera necesario.

➤ Sesión 2

- Objetivo de la sesión: 1. Externar e identificar los hechos y sentimientos relacionados con la situación violenta. 2. Regular las emociones por medio de la técnica de racionalización.

Descripción:

Para la segunda sesión, como inicio del trabajo emocional se plantearon los objetivos anteriormente mencionados siendo referentes a la situación de violencia. De esta forma, se pidió a Virginia que identificara las situaciones de violencia que quería trabajar y las relatara de manera detallada, sabiendo que yo haría las intervenciones necesarias tras escucharla detenidamente. Virginia habla y entiende español, por lo que le fue posible expresar sus emociones y sentimientos. Algunos de los principales elementos que Virginia rescató y que narro con total respeto a su historia son los siguientes:

- Considera que siempre se sintió obligada a hacer cosas que no quería, tanto por su familia como por las personas que la rodeaban.
- Comenzó a sufrir abuso sexual desde aproximadamente los 5 años de edad, hasta los 7, cuando su padre murió.
- Guarda un profundo dolor a sus figuras materna y paterna, a su padre por los actos que cometía y a su madre por sentir que jamás la defendió, aun cuando sospecha que presencié los actos de su padre más de una ocasión.
- Los padres de Virginia solían darle poco amor, pero algunas cosas materiales, las cuales rompía para poder conseguir más y sentir que recibía algo de ellos.
- Virginia presencié la muerte de sus padres de manera trágica y traumática, pues fueron asesinados frente a sus ojos por personas desconocidas.

Tras escuchar la historia detallada de Virginia se le motiva a externar las emociones que esto le cause, validando principalmente emociones como la tristeza, el enojo y la culpa, ya que son emociones que usualmente no se permite sentir.

Al finalizar el espacio de expresión se realiza una *técnica de relajación*, se da una retroalimentación y cierre respecto a las cosas más importantes y delicadas mencionadas por la paciente, y se encuadra el alcance del trabajo en las siguientes sesiones. Esta sesión tuvo una duración de 1 hora con 30 minutos.

- Sesión 3
- Objetivo de la sesión: Regular las emociones por medio de la racionalización e identificar las ideas relacionadas con el género.

Descripción:

Se dio inicio a la tercera sesión realizando una retroalimentación de la sesión número 2 debido a que el objetivo de esta sesión consistía en la continuación de la regulación de emociones. Como en cada sesión de atención psicológica, al inicio de la misma se pregunta a la paciente cómo transcurrió su emoción y sentir la semana transcurrida entre una sesión y otra. Virginia mencionó textualmente haber iniciado un periodo de depresión 4 días después de haber tenido la última cita debido a los recuerdos que esta le hizo tener. Debido a esto se realizó una intervención en la que se

implementó un tiempo de la sesión dedicado a la psicoeducación respecto a lo que pasa con nuestra mente y cuerpo cuando comenzamos a trabajar una emoción, removiéndola o incluso retomándola. Se realizó por segunda vez una técnica de relajación y la paciente externó sentirse tranquila sabiendo que esta era la causa de su malestar a pesar de que quería dejar de sentirse triste. Haciendo uso de este recurso se le explicó a la paciente que continuaríamos trabajando con esta emoción y que era necesario que externara lo que sentía para que esta misma se liberara. De esta forma se cumple el objetivo terapéutico de la tercera sesión y se establece la *tarea para la casa*, que consistió en darse un momento a solas para escribir las emociones que surgieran y leerlas en voz alta al finalizar. Para realizar el cierre de la sesión, y a modo de *seguimiento del proceso*, se le pregunta a la paciente cómo se siente respecto al trabajo realizado hasta el momento a lo que ella textualmente menciona: “Aún me falta sacar varias cosas. Escribo y lloro, pero al final me desahogo. Pareciera que voy despertando y antes hubiera estado dormida”. Esta sesión tuvo una duración de 1 hora y 30 minutos.

- Sesión 4
- Objetivo de la sesión: Cambiar los esquemas cognitivos desadaptativos personales y con incidencia respecto al género.

Descripción:

El objetivo terapéutico de la cuarta sesión fue orientado a cambiar los esquemas cognitivos desadaptativos, es decir, aquellos patrones de pensamientos, comportamientos o conductas que no permiten al individuo desarrollarse de manera ideal o funcional, en este caso por supuesto desde la perspectiva de género. Lo que se realizó para poder identificarlas, fue dialogar con la paciente respecto a los sucesos de violencia a modo de retroalimentación y seguimiento, e identificar los principales conceptos relacionados al género que puedan ser considerados disfuncionales o tengan un impacto negativo en la vida de las mujeres.

Los principales esquemas identificados fueron los siguientes:

- Me siento mal al expresar mis emociones

- A veces pienso que no soy buena para tomar decisiones
- Quizá no merecí tener una infancia feliz
- No nací para ser feliz o amada

De esta manera, una vez identificando los esquemas, esto se le deja saber a la paciente y se le realiza una confrontación positiva con el fin de que pueda replantearse estas ideas. Esto se lleva a cabo repitiendo la idea que mencionó en forma de pregunta y motivando a la reflexión al respecto.

Se establece como tarea para la casa realizar una lista de oraciones que inicien con la frase: merezco... y sean orientadas hacia cosas positivas. De igual forma con la frase: no soy culpable de... debido a la culpa que se identificó por los sucesos de la infancia.

Como elemento adicional, fuera de lo establecido por la planeación se trabaja con el ámbito de la autoimagen de la paciente, quien refiere tener dificultades para sentirse satisfecha con quién es, con su apariencia física y los roles que desempeña en su vida, por lo que se establece una segunda tarea para la casa, que consiste en realizar 1 acción diaria que la haga sentirse cuidada, atendida e incluso presentable físicamente. Se hace la aclaración de que esta se quedará como una tarea permanente. Esta sesión tuvo una duración de 60 minutos.

- Sesión 5
- Objetivo de la sesión: 1. Reforzar las habilidades para solucionar problemas identificados. 2. Planear las metas a corto y mediano plazo con el fin de restablecer un estilo de vida más sano y funcional.

Descripción:

La quinta sesión, siendo la anterior a la de cierre, se estableció para *reforzar las habilidades para solucionar problemas* y para realizar un *plan de vida* que pueda ser utilizado para que la paciente visualice su proceso a futuro, y este no sólo se mantenga dentro de la atención psicológica, recordando que al final del proceso se le sugerirá continuar con un profesional especializado.

A modo de revisión de tarea, se realiza una reflexión respecto a las frases realizadas y se realizó una retroalimentación de las nuevas emociones surgidas durante la última semana.

Rescato los siguientes puntos importantes de la presente sesión:

- Virginia refiere sentir un avance en su desahogo de emociones, pues estas ya no son tan explosivas y ya no se siente tan mal al expresarlas.
- Refiere: ya establezco más límites con las cosas que no me gusta sentirme obligada a hacer.
- Refiere: me llevo mejor con mi hijo debido a que me siento más tranquila.

En cuanto a la retroalimentación del cambio de los esquemas desadaptativos también refiere lo siguiente:

- Me doy cuenta de que no me merezco un mal trato, aún aunque esa persona sea de mi familia.

Para realizar el trabajo de la solución de problemas, se motiva a la paciente a actuar ante aquellas situaciones que le causen una emoción negativa, principalmente siguiendo el esquema aprendido a lo largo de las sesiones: identificar-nombrar y externar.

En cuanto a la elaboración de un plan de vida, se inicia explicando a la paciente lo que esto es y la utilidad que puede tener para su proceso. Posteriormente, se anotan los tres elementos principales: metas a corto plazo, metas a mediano plazo y metas a largo plazo, los cuales se establecen como la última tarea para la casa que se utilizará para dar cierre a la sexta y última sesión.

- Sesión 6
- Objetivo de la sesión: Cierre y evaluación.

Descripción:

La sexta y última sesión corresponde al cierre y evaluación del proceso, el cual se realizó realizando la pregunta establecida en el objetivo de la presente investigación. ¿Cuál es tu comprensión personal después de atravesar este proceso?, o en este caso, como fue planteada a la paciente, ¿qué aprendiste o qué te llevas después de estas sesiones?

Para la retroalimentación y cierre del proceso se realiza la última revisión de tarea, en la que Virginia haber realizado la revisión de su plan de vida y rescata las siguientes metas:

Corto plazo:

- Expresar más sus emociones
- Dejar de permitir que la hagan enojar o sentir triste
- Continuar con la construcción de su nueva casa para independizarse que es un proyecto que lleva realizando desde hace varios meses

Mediano plazo:

- Mudarse a su nueva casa
- Iniciar una vida independiente dando prioridad a sentirse tranquila y ser feliz

Largo plazo:

- Ser feliz y sentirme bien con mis metas logradas

Tras escuchar el plan de vida de Virginia, se motiva a realizar una serie de pasos que le permitan ir cumpliendo estas metas paso a paso. Virginia refiere estar en el proceso de cumplir cada una de las metas mencionadas, por lo que se le expresa una sincera felicitación al igual que un agradecimiento por el acompañamiento que me permitió realizar para este trabajo investigativo.

Finalmente, y a modo de conclusión se rescata el aprendizaje que Virginia textualmente menciona haber obtenido:

- Aprendí a tener más paciencia, sobre todo con mi hijo que es con quien a veces descargaba mi frustración
- Aprendí a no descargar violencia con mi hijo
- Aprendí a no descargar violencia conmigo misma
- No soy fea por dentro ni por fuera
- Siento más seguridad de mi misma

- Voy cambiando mi forma de pensar
- Tengo más motivación en el futuro

Caso 2: Valentina

Valentina, por su parte, es una mujer de 25 años. Valentina es la sobrina de Virginia y se identifica el patrón de violencia en el sistema familiar debido al entorno sociocultural del que provienen.

La situación de violencia referida por Valentina radica en el abuso sexual sufrido por un miembro de su familia, en este caso siendo su primo el perpetrador cuando ella tenía aproximadamente 11 años de edad.

Desde muy joven, Valentina sufría maltratos físicos y emocionales por parte de sus padres y esto la ha llevado a tener una conducta desadaptativa. Actualmente vive en casa de sus tías, donde comparte hogar con Virginia y otras tías y sobrinas. Actualmente refiere que la única que sabe acerca de la situación que vivió es su tía Virginia.

Al igual que con Virginia, se determinó que el tipo de violencia que vivió Valentina corresponde a la clasificación de *violencia sexual* y de igual forma se selecciona para el trabajo en su asesoría el protocolo de atención: “Atención Psicológica para Violación” (Ver Anexo 8). Se adjunta el expediente elaborado de su caso (Ver Anexo 14).

Análisis por Sesión

Por su parte, para la atención con Valentina las sesiones fueron establecidas de la misma forma en cuanto a planeación debido a que se utilizó el mismo protocolo de atención, sin embargo, naturalmente encontramos diversas diferencias en cuanto a la respuesta de la paciente y su desempeño a lo largo de las sesiones. A continuación, se describen las sesiones del caso 2.

- Sesión 1
- Objetivo de la sesión: Evaluación inicial aplicando los instrumentos correspondientes, explicación del proceso y establecimiento de compromisos.

Descripción:

De igual forma con Valentina, la primera sesión dio inicio con la aplicación de instrumentos. Esta sesión tuvo una duración de 1 hora con 10 minutos y se aplicó una *entrevista inicial* (Ver Anexo 14) de nueva cuenta con el fin de conocer la situación que la paciente vive/vivió y establecer un encuadre del resto de las sesiones. Igualmente se explicó a la paciente que se trabajaría una serie de sesiones, propias de la asesoría psicológica que solicitó, que le permitieran identificar y externar los sucesos que le hayan causado un daño y poder liberarse de los mismos. Después de la aplicación de la entrevista se le realizó la pregunta textual: ¿sabes lo que es la violencia? ¿Alguna vez has vivido una situación de violencia? De nueva cuenta la paciente respondió afirmativamente, esta vez mencionando principalmente los antecedentes de abuso sexual por parte de su primo y la violencia física que vivió por parte de sus padres, siendo estos los elementos que fungieron como centro de atención para el trabajo. Una vez identificada la situación, se le planteó a la paciente la propuesta del trabajo investigativo y se le dio a conocer el consentimiento informado que posteriormente firmó (Ver Anexo 2) y se estableció la serie de acuerdos y compromisos para el desarrollo de las sesiones. De igual forma al igual que con Virginia, los horarios de trabajo que quedarían establecidos a disposición de paciente e investigador, circulando entre los días lunes y jueves entre las 11:00 y las 13:00 horas, pudiendo ser modificados en caso de ser necesario. De igual manera, a modo de compromiso, la asistencia y puntualidad por parte de ambas y el esclarecimiento de dudas, así como el abordaje de emociones en cualquier momento que fuera necesario. De esta forma se dio inicio a la primera sesión cumpliéndose así el objetivo terapéutico previamente establecido.

- Sesión 2
- Objetivo de la sesión: 1. Externar e identificar los hechos y sentimientos relacionados con la situación violenta. 2. Regular las emociones por medio de la técnica de racionalización.

Descripción:

Para la segunda sesión, se procedió a que Valentina identificara las situaciones de violencia que había vivenciado y las externara, de igual manera teniendo claro que se harían las intervenciones y abordajes necesarios. Las principales ideas que Valentina externó fueron las siguientes:

- Valentina tenía alrededor de 11 años cuando vivió abuso sexual por parte de su primo.
- Valentina vivía violencia física y emocional por parte de sus padres, quienes la obligaban a trabajar y le propiciaban malos tratos, por lo que refiere que no se sentía protegida y comenzó a buscar la protección de los hombres que conocía.
- Comenzó a sufrir acoso escolar debido a que no sabía hablar español con fluidez y esto la hizo sentir más vulnerable.
- Eventualmente encontró en su primo mayor de 27 años un cobijo emocional, debido a que la consolaba, acompañaba y hacía reír.
- Un día Valentina fue a buscar a su primo y le dijeron que él la estaba esperando detrás de un monte, ella se acercó a buscarlo y se percató de que estaba muy borracho, él la llamo y cometió abuso sexual.
- Valentina refiere haber pasado varios años sin saber lo que su primo le había hecho, hasta que varios años después lo entendió, causándole un profundo dolor, sentimientos de odio e ideas de muerte, mismas que ella expresa ya no siente más.
- Cuando Valentina le contó a su madre lo que había vivido esta no le creyó.
- Valentina calló el suceso varios años hasta que su tía Virginia le contó la situación que ella vivió y de esta forma ella también le contó la suya. Esta fue la primera vez que Valentina pudo externar con libertad.
- Después de varios años Valentina tuvo varios encuentros con su primo, quien al principio le causaba odio y dolor, pero posteriormente refiere haberse dado cuenta de que él sentía vergüenza, y su tía le inculcó el valor del perdón, lo cual se volvería sumamente valioso para ella. De esta forma le fue posible

continuarlo viendo con “menos malestar, aunque con una sensación extraña”, situación que se fue moldeando hasta llegar a la actualidad.

De esta manera, se identifica la “sensación extraña” referida por Valentina, como la principal emoción a identificar y externar.

Se realiza un encuadre intercambiando con Valentina el significado de algunos conceptos tales como la *violencia*, el *abuso*, el *odio* y el *perdón*, con el fin de conceptualizarlos y establecerlos para el trabajo en las sesiones posteriores.

Se agradece la apertura y confianza de la paciente y se realiza una *técnica de relajación y cierre de la sesión* que duró 60 minutos en su totalidad.

➤ Sesión 3

- Objetivo de la sesión: Regular las emociones por medio de la racionalización e identificar las ideas relacionadas con el género.

Descripción:

Se dio inicio a la tercera sesión realizando una retroalimentación de la sesión número 2 siguiendo el objetivo de la sesión que consiste en la continuación de la regulación de emociones.

Se dio inicio encuadrando con Valentina la estructura de la externalización de emociones, que consiste en los tres pasos esenciales adecuados a su área de oportunidad personal, que resulta con la estructura de: *identificar la emoción, nombrar la emoción y resistirla o contenerla*. Esto se establece debido al carácter impulsivo de Valentina, quien refirió tener dificultades para regular sus emociones. Debido a esto mismo, se trabaja con las ideas impulsivas que surgen a menudo en Valentina derivadas de la situación de violencia que vivió desde la infancia, usualmente manifestadas en ideas de muerte y enojo ante las palabras de cualquier autoridad. Esto se trabaja como un efecto secundario derivado de las situaciones de represión, que posteriormente se sugerirá trabajar en un nivel de atención especializado desde la evaluación y búsqueda de origen del síntoma a profundidad.

Como parte del seguimiento, se le pregunta a la paciente qué considera lo más importante que se ha dado cuenta hasta este punto del proceso, a lo que ella responde:

- Me he enojado menos con las tías con las que vivo, y si alguien que no conozco opina algo de mí no me lo tomo tan mal como antes.
- Ya no lloro después de que me dicen algo que no me gusta.
- He notado una mejor relación con mi esposo y mis tías con las que vivo.
- He aprendido que es bueno reírse más y ser positiva.
- Entendí que no fue malo que en su momento yo no supiera lo que me pasó.

La presente sesión tuvo una duración de 1 hora con 15 minutos.

- Sesión 4
- Objetivo de la sesión: Cambiar los esquemas cognitivos desadaptativos personales y con incidencia respecto al género.

Descripción:

De esta manera, se procede al trabajo con los *esquemas cognitivos desadaptativos*, que en el caso de Valentina fueron identificados los siguientes:

- Muchas veces me molesto cuando me dicen señora, porque no me gusta sentirme grande a pesar de que haya sido una madre joven.
- Si alguien más grande que yo me da una orden me enojo y le contesto, y no me gusta ser así.
- No me gusta sentir que no sé qué hacer con mi hijo, porque se porta mal y yo le pego.
- Quiero aprender a caber en cualquier lugar, y que yo y mis tías nos sintamos bien por estar viviendo juntas.

De esta forma, se realiza un encuadre con Valentina en el que se aclara que las situaciones o problemas que ella presenta con su forma de ser serán manejadas como un trabajo adicional al trabajo con protocolos de perspectiva de género, pero que se trabajarán de todas formas, dándoles un espacio dedicado entre sesiones, haciendo

énfasis en las que tengan que ver con las situaciones de violencia que ella vivenció a lo largo de su infancia.

Como retroalimentación y cierre de la sesión se establece la *tarea para la casa*, que consistió en escribir las emociones que surgieran a lo largo de la semana y que considerara relevantes o que quisiera liberar. La duración de la sesión fue 60 minutos.

- Sesión 5
- Objetivo de la sesión: 1. Reforzar las habilidades para solucionar problemas identificados. 2. Planear las metas a corto y mediano plazo con el fin de reestablecer un estilo de vida sano y funcional.

Descripción:

Para la quinta y penúltima sesión, se estableció de igual manera el objetivo de reforzar las habilidades para solucionar problemas y realizar un plan de vida tal como se mencionó en el apartado de objetivos.

Para el inicio de la sesión se realizó un encuadre respecto a algunas dudas con las que llegó Valentina tras reflexionar en el transcurso de la semana, y se abordaron puntos como los siguientes:

- Es necesario hablar de lo que sientes en el momento en el que lo sientes.
- Es posible hablar de tus emociones negativas sin gritar o llorar.
- Cuando sientas una emoción negativa y no sepas de dónde proviene, intenta recordar la primera vez que te sentiste de esa forma.
- Hay que aprender en qué momento es mejor externar o sacar una emoción y en qué momento es mejor guardarla o contenerla.

Haciendo uso de estos mismos puntos se motivan las *habilidades para solucionar problemas* y se elabora en la misma sesión el *plan de vida*. Al igual que con Virginia, primero se explica su forma de realización y su importancia, y posteriormente se elabora. Las metas que Valentina rescató fueron las siguientes:

Corto plazo:

- Leer
- Acomodar mi ropa
- Hablar sobre mis emociones cuando me enoje
- Reír más con mis tías

Mediano plazo:

- Organizar sola una comida para la familia
- Ir de viaje a los sifones con mi tía
- Llevar a mis hijos y a mis tías a divertirse conmigo

Valentina también implementó las metas a largo plazo.

Largo plazo:

- Tener mi propia tienda
- Tener un coche
- Hacer más planes con mi esposo

La duración de la presente sesión fue de 60 minutos.

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">➤ Sesión 6➤ Objetivo de la sesión: Cierre y evaluación. |
|--|

Descripción:

De igual forma se realiza la sexta y última sesión correspondiente al cierre y evaluación del proceso, el cual se realizó realizando la pregunta establecida: ¿cuál es tu comprensión personal después de atravesar este proceso?, o ¿qué aprendiste o qué te llevas después de estas sesiones?

La respuesta textual de Valentina fue la siguiente:

- Aprendí a que no debo dejar atrás el rancho para que la gente me quiera.
- Aprendí a cambiar mis ideas sobre lo que puedo hacer a mi edad.

- Aprendí a estar bien con que me digan señora y a actuar como una, aun sabiendo que sigo siendo una mujer joven.
- Aprendí a llevarme mejor con mi esposo e hijo.
- Aprendí a darme cuenta de lo que me pasó cuando era niña.
- Volví a recordar que el perdón tiene un gran valor.

Análisis

Incluir la perspectiva de género dentro del ejercicio analítico favorece que el sujeto pueda reconocer las identificaciones primarias que sostienen su identidad, desde la premisa fundamental de que el género es una construcción social que se performa diariamente, a través de un conjunto de actividades perceptivas, interactivas y socialmente guiadas y que, además, incluyen variantes, como lugar geográfico, situación económica, social, familiar, etcétera. (West & Zimmerman, 1987, como se citó en Garay, 2019)

Al trabajar con Virginia y Valentina fue posible identificar una serie de conceptos, valores, creencias y acciones que comúnmente encontramos en el medio sociocultural en que vivimos, factores que usualmente logran una incidencia en que lamentablemente las mujeres se encuentren víctimas de un sistema que no las favorece, y menos aun proviniendo de comunidades rurales.

Recordando que para el presente trabajo se planteó la pregunta de investigación principal: ¿Cuál es la comprensión personal que obtienen las mujeres en situación de violencia que asisten a asesoría psicológica ante la aplicación de los protocolos con perspectiva de género?, se concluyó la siguiente respuesta: La comprensión personal que obtuvieron las mujeres consultantes ante la aplicación de los protocolos con perspectiva de género radicó en las respuestas textuales que ellas brindaron ante esta interrogante, la cual también fungió el papel de variable dependiente por esta misma razón. La abstracción de estas respuestas se encontrará detallado más adelante en el presente análisis, relacionándolo con el objetivo de la presente investigación y la explicación hipotética que se brindó para la misma.

Asimismo, se brinda una respuesta general a las preguntas de investigación derivantes de la principal, resultando en las conclusiones siguientes: 1- ¿es posible abordar la violencia de género mediante la asesoría psicológica? Abordar la violencia de género mediante la asesoría psicológica no sólo es posible, sino que también resulta

en una necesidad al contemplar el marco de preparación profesional con el que resulta oportuno contar al atender casos de violencia, tal como se ha expuesto a lo largo de esta investigación. 2- ¿Existe un método cuantificable que permita medir los resultados de la asesoría psicológica en las mujeres víctimas de violencia? Los métodos cuantificables para medir los resultados de la asesoría psicológica en mujeres víctimas de violencia existen, y se pueden llevar a cabo utilizando protocolos que contemplen este tipo de análisis de resultados implícito en su misma elaboración, o bien, llevando a cabo una metodología de aplicación personal que radique en analizar variables cuantificables. En este caso, la metodología que se eligió a seguir para la presente investigación fue de tipo cualitativo debido al planteamiento propio de investigación centrado principalmente en valores, costumbres y opiniones, por lo que se determinó que sería enriquecedor analizarles de manera cualitativa, sin embargo, ambos tipos de metodología y análisis son viables. Y, por último, 3- ¿cuáles son los casos de violencia de género que asisten a asesoría psicológica de manera más común? Los casos de violencia de género que asisten a asesoría psicológica de manera más común, a manera de hipótesis personal y no como afirmación, pues esta requeriría de un estudio y análisis más profundo, son los casos de violencia psicológica, especialmente en las relaciones de pareja. Este postulado basado en el análisis informal de casos recurrentes en el Centro de Atención Psicológica de Urgencia.

El principal objetivo de la presente investigación radicó en argumentar la comprensión personal que estas dos mujeres pudieran obtener tras concluir un proceso de asesoría psicológica acompañado de una serie de protocolos destinados a tratar los casos de violencia, a continuación, se detalla la respuesta del siguiente planteamiento.

Recordando el factor de que “en los estudios exploratorios no se formulan hipótesis al enfocar temas poco estudiados, tienen como propósito evaluar la relación que existe entre dos o más variables, conceptos o categorías, en un contexto particular” (Hernández, 2006, p. 63), para la *explicación hipotética* que se brindó para el establecimiento de la presente investigación, rescatamos la suposición de que: si en la atención de asesoría psicológica se aplican los protocolos con perspectiva de género,

entonces las mujeres en situación de violencia identificarán como comprensión personal un conjunto de *creencias, valores, costumbres y opiniones sociales relacionadas con el género, que puedan tener incidencia en su proceso*. Por ejemplo, la creencia de que son valiosas por sí mismas, que no necesitan una pareja para estar completas, que no merecen recibir ningún tipo de maltrato y que pueden salir adelante por sus propios medios: Las mujeres participantes del presente trabajo rescataron, si bien no la totalidad, la mayoría de las creencias aquí propuestas, aún sin la necesidad de que la investigadora las implementara textualmente a lo largo de las sesiones, así como otras creencias contempladas al momento de externar sus aprendizajes finales, tales como la motivación por mejorar la relación con su sistema familiar, modificar la percepción de los roles que ejercen en su vida diaria y perseguir nuevas metas que contribuyan a su independencia y bienestar personal.

En cuanto a los objetivos específicos, centrados en: investigar los alcances de la aplicación de la perspectiva de género en la asesoría psicológica, aplicar una metodología fundamentada en la perspectiva de género en la asesoría psicológica a mujeres en situación de violencia y analizar la efectividad de la aplicación de la perspectiva de género en la asesoría psicológica, resulta igual de grato rescatar cómo cada uno de estos objetivos específicos fue cumplido satisfactoriamente, en primer lugar comprobando que es posible implementar la perspectiva de género en la asesoría psicológica y modificar las líneas de atención que usualmente se contemplan para el trabajo terapéutico dentro de la asesoría psicológica breve, pues en ocasiones este tipo de atención funge como una recurso importante para aquellas personas que no tienen la facilidad económica para costear un servicio terapéutico especializado.

De igual manera, tras la aplicación de la metodología propuesta, escuchar de voz de las mujeres consultantes la satisfacción de percibir cambios propios y en el ambiente mismo, brindándoles una herramienta que les permita vivir de manera más plena y libre.

Si bien la asesoría psicológica es recién el principio para la realización de un trabajo terapéutico profundo, esta funge como un parteaguas para iniciar el trabajo

personal recordando que tras el asesoramiento se busca la forma de canalizar a las pacientes a una institución o agente que pueda brindarles una atención especializada para trabajar no sólo la situación de violencia, sino también las secuelas físicas y emocionales que usualmente las situaciones de violencia dejan en las mujeres.

Es imprescindible señalar la importancia de contar con una disponibilidad personal por parte de las pacientes y una red de apoyo apto para iniciar el trabajo psicológico con una mujer víctima de violencia, pues estos son elementos con los que no siempre se está en el estado ideal y que pueden obstaculizar el trabajo psicológico. Es importante recordar que existen niveles de atención, y si bien la asesoría psicológica está al alcance de todos, es necesario realizar una evaluación del entorno de la/los consultantes, con el fin de determinar si el trabajo es propenso a realizarse, o si requiere de una línea de atención más especializada, incluso de urgencia, recordando que existen líneas de atención gratuitas y refugios de mujeres violentadas a los que se puede recurrir en caso de ser necesario.

Como último punto en este apartado, se puede señalar ante el cuestionamiento que surge en muchas personas respecto a la necesidad de trabajar los casos de violencia con perspectiva de género y no con otro enfoque psicológico, la importancia de contemplar el entorno sociocultural en el que vivimos, analizando las creencias y costumbres que hasta la fecha tenemos presentes como sociedad y que afectan a miles de mujeres a diario, especialmente a las que provienen de los medios más marginados. De esta manera, podemos hacer consciencia respecto a las mismas creencias, valores, introyectos y conductas que existen en esta población y lo propensas que las hacen a vivenciar cierto tipo de situaciones. Por esta razón, se invita a plantearse la necesidad de la implementación de la perspectiva de género en la atención psicológica a las mujeres víctimas de violencia, resultando este un método vigente, viable y necesario para el trabajo psicológico con las personas que más lo necesitan. De igual manera, que los procesos de asesoría psicológica en general consideren la implementación del uso de protocolos o métodos de intervención especializados para la atención de diversos

casos, especialmente los que se encuentran en actualización constante. Como lo son los casos de violencia de género.

Recomendaciones

Las presentes recomendaciones se realizan con el fin de que puedan ser contempladas para las personas, instituciones y/o agencias que se puedan ver involucradas con el trabajo planteado y así lograr que sus efectos, resultados y alcances se potencialicen.

A quien haga uso de esta investigación, especialmente a los profesionales de la salud mental, se sugiere contemplarla como una posible base o guía para el trabajo en la asesoría psicológica con mujeres que viven violencia, recordando que la violencia no siempre se encuentra a simple vista en las mujeres consultantes. No siempre la encontramos en los golpes y en las humillaciones, sino que en muchas ocasiones la encontramos en ideas normalizadas respecto a los roles de género, en las relaciones interpersonales que parecen más estables e incluso en los sistemas familiares e institucionales que fungen día a día en nuestra sociedad y en la vida de cada uno de nosotros.

Por esta misma razón, recomiendo a CAPU la implementación de líneas de atención más especializadas para el trabajo con mujeres violentadas, así como otras áreas de atención de las que se puede sacar un mayor provecho al ser una institución que amable y oportunamente brinda servicios de atención psicológica gratuitos a cientos de personas que lo requieren y no cuentan con el medio económico para consultar un servicio psicológico en estados de urgencia emocional.

Recomiendo, de esta manera, para el ámbito de la asesoría psicológica en general, la implementación del uso de protocolos, la actualización constante en estas temáticas resulta imprescindible para la atención psicológica y esta fue una de las aportaciones que la presente investigación pretendió tener, la implementación de nuevas técnicas en los niveles de atención que suelen estar al alcance de la población, así como lo es la orientación psicológica, la asesoría psicológica y la consultoría.

A Virginia y Valentina, a quienes recomiendo a manera de prioridad y tal como se ha rescatado a lo largo de la investigación, la continuación del trabajo psicológico con el fin de reforzar y profundizar la sanación emocional que se dio al acompañarles.

A las mujeres que se encuentran viviendo una situación de violencia y no tienen los medios necesarios para consultar la ayuda de un profesional, el contemplar la opción de requerir un servicio de asesoría psicológica gratuita, o contactar a alguna organización que sea capaz de guiarlas y brindarles una o más herramientas para trabajar la situación en la que se encuentran o en la que se encontraron. Siempre se puede ver la luz en el camino.

Por último, a la sociedad en general, la imprescindible recomendación de hacer consciencia respecto a la importancia de la atención psicológica desde cualquier nivel, especialmente para las personas que se encuentran en situaciones de dificultad y que no cuentan con conocimientos y oportunidades respecto al apoyo profesional.

“Las grandes oportunidades para ayudar a otros rara vez llegan, pero las pequeñas, nos rodean todos los días.” Sally Koch.

Referencias

- "La perspectiva de género". (2022). Obtenido de <https://sistemas.cgever.gob.mx/ug/pge.html#:~:text=La%20perspectiva%20de%20g%C3%A9nero%20se,acciones%20que%20deben%20emprenderse%20para>
- Acharya, A. K., y Stevanato, A. S. (2005). *Violencia y tráfico de mujeres en México: una perspectiva de género*. doi:<https://doi.org/10.1590/S0104-026X2005000300003>
- Aparicio García, M. (2015). *Perspectiva de género en psicología*. Obtenido de Area Humana: <https://www.areahumana.es/perspectiva-de-genero/>
- Artazcoz, L., Chilet, E., Escartín, P., y Fernández, A. (2018). *Incorporación de la perspectiva de género en la salud comunitaria. Informe SEPAS 2018*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.07.006>
- Cala Carrillo, M., y Barberá Heredia, E. (2009). EVOLUCIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN PSICOLOGÍA. *Revista Mexicana de Psicología*, 26(1), 91-101.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2010a). *Atención Psicológica a Mujeres en Situación de Violencia. Lineamientos y Protocolos*. México: Vivir Mejor.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2010b). *Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y sexual*. Secretaría de Salud.
- Cerna, D. C. (2014). Participación política y violencia de género en México. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 59(222), 117-140. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-19182014000300005&lng=es&nrm=iso
- Chavez, R. A. (2017). DIVERSIDADES SEXO/GENERO/SEXUALIDAD. *aportes de la comunicación*, 78-83. Obtenido de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2306-86712017000200010
- Escudero , J., Delfín , L., y Gutiérrez , L. (2008). *El estudio de caso como estrategia de investigación en las ciencias sociales*.

- Ferrer Pérez, V., y Bosch Fiol, E. (2005). Introduciendo la perspectiva de género en la investigación psicológica. *21*(1), 1-10. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/167/16721101.pdf>
- Flores, E. (2017). *¿Cuál es la diferencia entre psicoterapia, consultoría y orientación psicológica?* Obtenido de <https://edgardoflores.webnode.mx/1/diferencias-psicoterapia-consultoria-orientacion/>
- Garay, A. (2019). Psicoterapia con perspectiva de género: Indagando posibilidades dentro del psicoanálisis contemporáneo. *Sexualidad, Salud y Sociedad*(33), 118-136.
- García, L. (2020). *Masculinidad y salud desde una perspectiva de género*. UNAM.
- Hernández, R. (1994). *Metodología de la investigación*. MCGRAW HILL.
- Hernández, R. (2006). *Metodología de la investigación*. MCGRAW HILL.
- Horno, P. (2009). *Amor y violencia La dimensión afectiva del maltrato*. Desclée De Brouwer .
- Kumar, A., y Salas, A. (2005). Violencia y tráfico de mujeres en México: una perspectiva de género. *Estudios Feministas*, *13*(3), 507-524.
- Lamas, M. (1996a). La perspectiva de género. *Revista de Educación y Cultura de la sección*(47), 216-229.
- Lamas, M. (1996b). El género. La construcción cultural de la diferencia sexual, 35-96.
- Lopez, E., y Rubio, D. (2020). Reflexiones sobre la violencia intrafamiliar y violencia de género durante emergencia por covid-19. *CienciAmérica*, *9*(2), 1-10. doi:<http://dx.doi.org/10.33210/ca.v9i2.319>
- Méndez, G. B. (2001). La salud de las mujeres y el género. *18*(2), 10-19.
- Moncó, B. (2010). *Antropología de género*. Madrid: Síntesis.
- ONU Mujeres. (2018). *Violencia y feminicidio de niñas y adolescentes en México*. Ciudad de México: ONU.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y salud*. Washington, D.C.
- Pérez, J. (2009). *Psicología Experimental*.
- Poggy, F. (2019). Sobre el concepto de violencia de género y su relevancia para el derecho. *Cuadernos de Filosofía del Derecho*, 285-307.

doi:<https://doi.org/10.14198/DOXA2019.42.12> |
<http://hdl.handle.net/10045/99650>

Robert Crooks, K. B. (2010). *Nuestra sexualidad Décima edición*. CDMX: Cengage Learning.

UNAM. (2016). *Conceptos clave en los estudios de género*. UNAM.

Valenzuela, y Cartes. (2019). Perspectiva de género en la educación médica: Incorporación, intervenciones y desafíos por superar. *CHIL OBSTET GINECOL* , 82 - 88.

Valle, R., Gálvez, J., Gutiérrez, C., y Martins, S. (2018). Agresión sexual intrafamiliar y extrafamiliar y su asociación con el consumo de alcohol. *Revista de Sudé pública*, 52(86). doi:<https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000539>

Vergara, M. T. (2018). *Guía de Perspectiva de Género en Psicoterapia, con consultantes adultas y adultos*. Universidad católica e chile.

Normas:

1) NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. (DOF: 16 abril 2009).

2) NOM-010-SSA2-1993. Para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. (DOF: 21 junio 2000).

3) NOM-017-SSA2-1994. Para la Vigilancia Epidemiológica. (DOF: 11 octubre 1999).

4) NOM-025-SSA2-1994. Para la prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica. (DOF: 16 noviembre 1995).

5) NOM-028-SSA2-1999. Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. (DOF: 15 septiembre 2000).

6) NOM-167-SSA1-1997. Para la Prestación de Servicios de Asistencia Social a Menores y Adultos Mayores. (DOF: 17 noviembre 1999).

7) NOM-168-SSA1-1998. Del Expediente Clínico. (DOF: 30 septiembre 1999).

8) NOM-040-SSA2-2004. En materia de Información en Salud. (DOF: 28 septiembre 2005).

Anexos

Anexo 1. Oficio de autorización de implementación de la asesoría con perspectiva de género en la institución de Cáritas A.C.



**INSTITUTO DE ESTUDIOS SUPERIORES
DE LA VERA CRUZ**
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA PLAN DE ESTUDIOS 2008
Acuerdo CIRE Núm. 10/11 del 24 de mayo 2011
Clave de Incorporación UNAM 8967-25
SUR 31 N° 272 TEL.: 01.272.72.4.26.24/4.03.92 ORIZABA, VER.

IESV/PSIC/070/2022
Asunto: Solicitud de aplicación.
Orizaba; Ver. A 13 de marzo 2022

**PRESBITERO ROMÁN ELIAS OFICIAL GIL.
ENCARGADO DE CÁRITAS DE ORIZABA A.C
CENTRO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA DE URGENCIA.**

La que suscribe Mtra. Judith Elizabeth Rodríguez Girón, directora técnica de la licenciatura en Psicología, tiene a bien solicitar apoyo para que la C. **TINOCO CRUZ AIMEE GUADALUPE**, alumna de la licenciatura en psicología de 8º. Semestre, aplique los siguientes instrumentos: **Protocolos gubernamentales de perspectiva de género en la asesoría psicológica a las mujeres víctimas de violencia**. Esta aplicación se realizará de manera presencial a mujeres mayores de 15 años víctimas de violencia que asisten a CAPU.

Estos instrumentos tienen como objetivo. **“La aplicación de la perspectiva de género en la asesoría psicológica a mujeres víctimas de violencia”**

La interpretación de instrumentos y la aplicación de técnicas forman parte de la metodología, planteada para la tesis de la estudiante antes citada, la cual lleva como título **“Aplicación de la perspectiva de género en la asesoría psicológica a mujeres víctimas de violencia”**

La aplicación se realizará los días lunes y jueves de 11:00 a 13:00 horas, a partir del 14 de marzo al 19 de mayo de 2022.

Sin más por el momento, agradezco la atención al presente, esperando tener una respuesta favorable a la petición.

Atentamente.

Mtra. Judith Elizabeth Rodríguez
Directora Técnica.



psicologia@iveracruz.edu.mx

Anexo 2. Consentimiento informado firmado por Virginia



INSTITUTO DE ESTUDIOS SUPERIORES
DE LA VERA CRUZ
CASA DE LA MISERICORDIA DIÓCESIS DE ORIZABA
CENTRO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA DE URGENCIA
(CAPU)



Orizaba, Vera Cruz, 1 de 2022

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Por medio de la presente se extiende la solicitud de su participación en la realización de un trabajo de investigación, como parte del proceso de titulación en la Facultad de Psicología del Instituto de Estudios Superiores de la Vera Cruz.

Aceptando que la investigadora obtenga evidencia de las presentes sesiones a trabajar. Siendo utilizado únicamente en el trabajo de investigación, omitiendo mostrar rasgos que evidencien la identidad de la participante.

Entendemos que la información brindada a la P. Psicología Aimee Guadalupe Tinoco Cruz será utilizada únicamente con el fin de llevar a cabo su trabajo de investigación, la información será guardada y tratada con la debida confidencialidad, referida y citada en el mismo trabajo mediante nombres únicamente.

Las sesiones de intervención serán concretadas en común acuerdo con las participantes e investigadora en fechas y horarios convenientes para todas las partes. Teniendo las sesiones de seguimiento en: Casa de Misericordia, Caritas A. C., área del Centro de Atención Psicológica de Urgencia (CAPU).

Se mantiene la libertad de pedir abandonar el estudio si así lo consideran adecuado, recordando que ni el abandono, ni la participación en el estudio influirán en la relación profesional con la investigadora responsable. Así mismo, se mantiene la libertad de solicitar información adicional acerca de los riesgos y beneficios, así como los resultados derivados de la participación en este estudio.

La información recabada es de carácter confidencial. Cualquier información que pudiera llevar a su identificación no podrá ser divulgada, sólo en casos de orden judicial o en caso de que las personas implicadas se encuentren en peligro.

Esta actividad esta supervisada por la asesora a cargo del trabajo de investigación, la psicóloga María del Carmen Corrales Morales.

NOMBRE Y FIRMA DE LA PARTICIPANTE:

Virginia



NOMBRE Y FIRMA DEL INVESTIGADOR A CARGO:

P. Psicología Aimee Guadalupe Tinoco Cruz

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR DE LA INVESTIGACIÓN:

Psicóloga María del Carmen Corrales Morales

Anexo 3. Consentimiento informado firmado por Valentina



INSTITUTO DE ESTUDIOS SUPERIORES
DE LA VERA CRUZ



CASA DE LA MISERICORDIA DIÓCESIS DE ORIZABA
CENTRO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA DE URGENCIA
(CAPU)

Orizaba, Ver a Clp/15 de 2022

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRABAJO DE INVESTIGACION

Por medio de la presente se extiende la solicitud de su participación en la realización de un trabajo de investigación, como parte del proceso de titulación en la Facultad de Psicología del Instituto de Estudios Superiores de la Vera Cruz.

Aceptando que la investigadora obtenga evidencia de las presentes sesiones a trabajar. Siendo utilizado únicamente en el trabajo de investigación, omitiendo mostrar rasgos que evidencien la identidad de la participante.

Entendemos que la información brindada a la P. Psicología Aimee Guadalupe Tinoco Cruz será utilizada únicamente con el fin de llevar a cabo su trabajo de investigación, la información será guardada y tratada con la debida confidencialidad, referida y citada en el mismo trabajo mediante nombres únicamente.

Las sesiones de intervención serán concretadas en común acuerdo con las participantes e investigadora en fechas y horarios convenientes para todas las partes. Teniendo las sesiones de seguimiento en: Casa de Misericordia, Caritas A. C., área del Centro de Atención Psicológica de Urgencia (CAPU).

Se mantiene la libertad de pedir abandonar el estudio si así lo consideran adecuado, recordando que ni el abandono, ni la participación en el estudio influirán en la relación profesional con la investigadora responsable. Así mismo, se mantiene la libertad de solicitar información adicional acerca de los riesgos y beneficios, así como los resultados derivados de la participación en este estudio.

La información recabada es de carácter confidencial. Cualquier información que pudiera llevar a su identificación no podrá ser divulgada, sólo en casos de orden judicial o en caso de que las personas implicadas se encuentren en peligro.

Esta actividad esta supervisada por la asesora a cargo del trabajo de investigación, la psicóloga María del Carmen Corrales Morales.

NOMBRE Y FIRMA DE LA PARTICIPANTE:

Valentina 

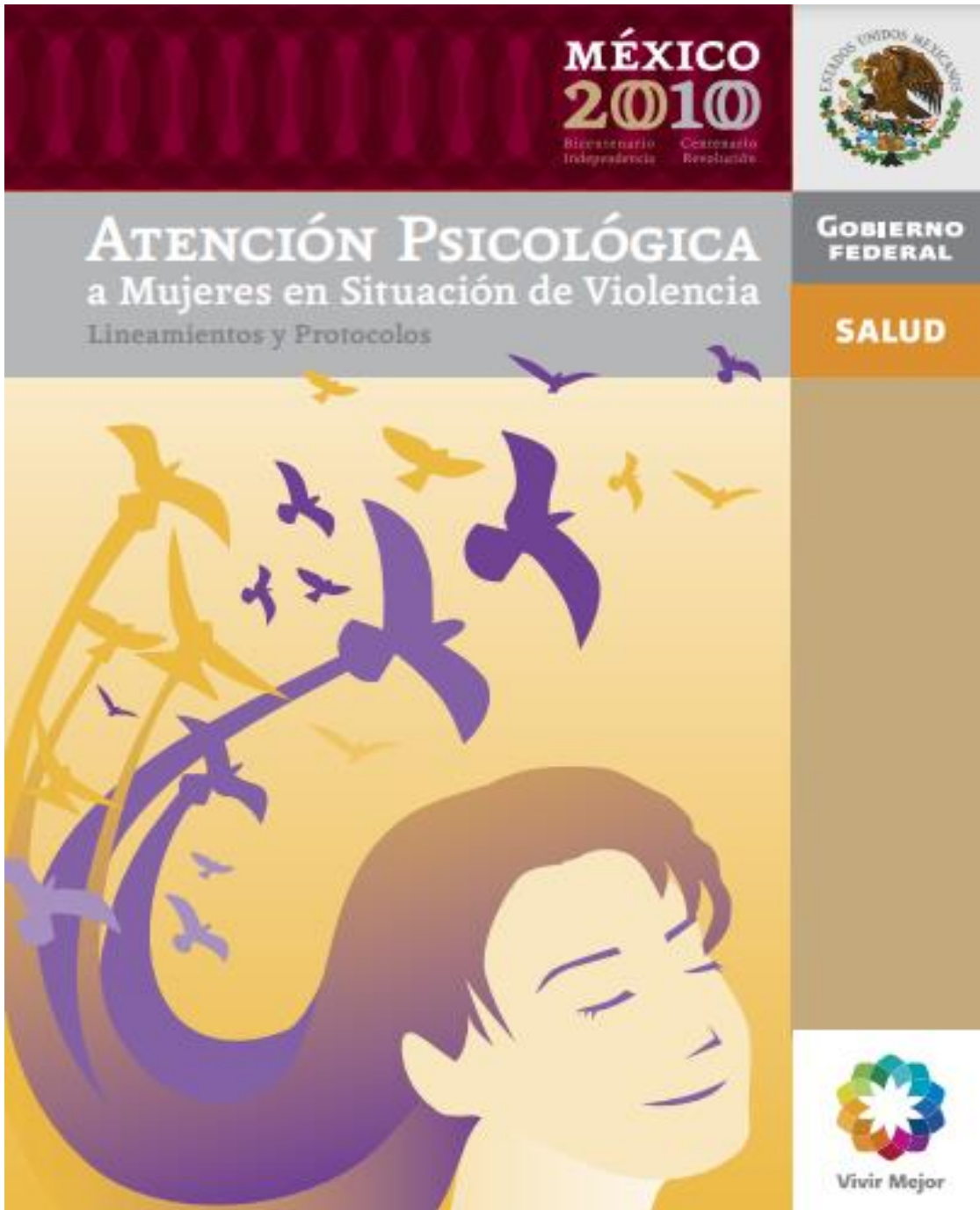
NOMBRE Y FIRMA DEL INVESTIGADOR A CARGO:

P. Psicología Aimee Guadalupe Tinoco Cruz 

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR DE LA INVESTIGACIÓN:

Psicóloga María del Carmen Corrales Morales 

Anexo 4. Portada del manual gubernamental: Atención Psicológica a Mujeres en Situación de Violencia. Lineamientos y Protocolos



Anexo 5. Índice del manual gubernamental: Atención Psicológica a Mujeres en Situación de Violencia. Lineamientos y Protocolos

ÍNDICE

1. PRESENTACIÓN Y AGRADECIMIENTOS _____	7
2. OBJETIVOS _____	11
3. SUSTENTO LEGAL _____	15
4. LINEAMIENTOS GENERALES _____	19
5. LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA CON ENFOQUE DE GÉNERO _____	27
6. EL ABORDAJE DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES DESDE EL ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA Y LA PERSPECTIVA DE GÉNERO _____	35
7. MARCO CONCEPTUAL _____	41
8. PROTOCOLOS DE ATENCIÓN _____	53
9. PROTOCOLOS DE CANALIZACIÓN Y REFERENCIA _____	73
10. COMPILACIÓN DE TÉCNICAS _____	79
11. ANEXOS _____	97
12. BIBLIOGRAFÍA _____	119

Anexo 6. Algoritmo de Magnitud de la Violencia para la selección del Protocolo de Atención Psicológica

SÍNTOMAS + CRONICIDAD + FRECUENCIA + NIVEL DE DAÑO = NIVEL

MAGNITUD		Moderada	Severa	Extrema
SIGNOS Y SÍNTOMAS	Físicos	<ul style="list-style-type: none"> Dolor crónico, exacerbación de los síntomas de enfermedades crónicas, entumecimiento, hormigueo, dolor articular o de espalda crónico, cefaleas. 	<ul style="list-style-type: none"> Somatizaciones, como dolores de cabeza, alteraciones para conciliar el sueño, alteraciones en el apetito, síndrome de colon irritable, gastritis, dificultad para dormir, taquicardias, golpes, moretones, lesiones, embarazos no deseados o no planeados, infecciones de transmisión sexual frecuentes. 	<ul style="list-style-type: none"> Las lesiones han puesto en peligro la vida de la mujer.
	Cognitivos	<ul style="list-style-type: none"> Preocupación. Percepción de que algo anda mal, tendencia a minimizar la violencia, tendencia a negar la victimización. 	<ul style="list-style-type: none"> Confusión, problemas para tomar decisiones, alteraciones en la atención y de memoria de corto plazo. Sabe que la relación es violenta, características atribuibles externas al agresor. Visión negativa de la vida actual y futura. 	<ul style="list-style-type: none"> Percepción de pérdida de control. Distorsión de la realidad. Riesgo de suicidio u homicidio.
	Conductuales	<ul style="list-style-type: none"> Aislamiento por iniciativa de la mujer. 	<ul style="list-style-type: none"> Pérdida de control afrontamiento defectuoso, irritabilidad y problemas para llevar a cabo actividades nuevas. Aislamiento por presión de la pareja. Presencia de conductas compulsivas como el abuso en el consumo de sustancias, medicamentos y/o alimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> Aislamiento externo. Inadaptación a la vida diaria.
	Emocionales	<ul style="list-style-type: none"> Sentimientos de tristeza, humillación y vergüenza, temor, autoestima débil. 	<ul style="list-style-type: none"> Aislamiento externo. Inadaptación a la vida diaria. 	<ul style="list-style-type: none"> Malestar emocional crónico Miedo a sufrir una segunda victimización, desesperanza Depresión y trastorno de estrés postraumático (TEPT) Despersonalización.
CRONICIDAD		< a 3 meses	> a 3 meses	No aplica
FRECUENCIA		<ul style="list-style-type: none"> Cuántas veces en los últimos 3 meses. 	<ul style="list-style-type: none"> Aumenta la frecuencia de los insultos, menosprecios en privado o delante de otros, de los señalamientos sobre la apariencia física y/o de los celos. O ha aumentado el golpe con la mano o el puño, las sacudidas, jalones, torceduras, patadas, empujones, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> Hay amenazas a la integridad e incluso la vida de ella, sus hijas e hijos o familiares.
NIVEL DE DAÑO		<ul style="list-style-type: none"> Las alteraciones a nivel social, laboral, emocional y/o físico son poco observables, causan daño en las diferentes esferas de la vida, pero aún no se visibilizan. 	<ul style="list-style-type: none"> Social: aislamiento de la familia, no permite visitas, la relación con el exterior está deteriorada. Hay daño físico (médicamente observable), emocional y laboral-económico (hay una restricción de los recursos económicos propios y de la pareja). Las relaciones sociales y familiares son severamente afectadas. 	<ul style="list-style-type: none"> Peligro de muerte. Redes sociales inexistentes o inseguras.

Anexo 7. Portada del capítulo 8 del manual: protocolos de atención



Anexo 8. Protocolo para la Atención Psicológica en caso de Violación

8.4.2. PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN CASO DE VIOLACIÓN

OBJETIVO TERAPÉUTICO

Reconceptualizar y redimensionar la violencia sexual para mejorar las habilidades adaptativas de afrontamiento.

CRITERIOS DE APLICACIÓN

Mujeres que han vivido violencia sexual y que pasaron la etapa de emergencia.

NÚMERO DE SESIONES

12.

FORMATO

Individual o Grupal, siempre y cuando el grupo sea exclusivo para la atención a mujeres violadas.

MÉTODO DE EVALUACIÓN

Inicial:

- *Inventario de Depresión Beck. (Anexo 2).*
- *Inventario de Ansiedad de Beck. (Anexo 3).*
- *Escala de Breve de Evaluación Psiquiátrica (Anexo 5).*

Al finalizar:

- *Formato de evaluación del servicio. (Anexo 7).*

PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN

SESIÓN	OBJETIVO TERAPÉUTICO	TÉCNICAS Y ACTIVIDADES SUGERIDAS	MATERIALES REQUERIDOS
1	• Evaluación inicial aplicando los instrumentos correspondientes, explicación del proceso y establecimiento de compromisos.	• Aplicación de instrumentos.	
2	• Externar e identificar los hechos y sentimientos relacionados con la situación.	• Relajación. • Técnica ABC. • Tarea para casa.	
3	• Entender cómo las expectativas y exigencias sexuales afectan la relación con otra persona.	• Revisión de tarea. • Relajación.	
4	• Identificar las ideas tabúes.	• Revisión de tareas. • Ideas irracionales. • Tarea para casa.	• Anexo (listado de ideas irracionales).
5	• Regular las emociones.	• Revisión de tarea. • Entrenamiento de manejo afectivo. • Tarea para casa.	
6	• Realizar la Identificación corporal en la sexualidad.	• Revisión de tarea. • Relajación. • Psicoeducativa de las reacciones fisiológicas. • Tarea.	
7	• Cambiar los esquemas cognitivos.	• Revisión de tareas para casa.	
8	• Revalorar la propia persona.	• Revisión de tarea. • Reestructuración cognoscitiva. • Reforzamiento de la vida. • Tarea para casa.	
9	• Identificar el impacto en las esferas de la vida.	• Revisión de tarea. • Relajación. • Reflexión. • Tarea para casa.	
10	• Reforzar las habilidades para solucionar problemas.	• Revisión de tareas. • Relajación. • Solución de problemas. • Tarea para casa.	• Solución de problemas.
11	• Planear las metas a corto y mediano plazo.	• Revisión de tarea. • Relajación. • Plan de vida. • Tarea para casa.	• Metas y objetivos.
12	• Revisar los conceptos de Derechos humanos y jurídicos.	• Revisión de tarea. • Relajación. • Análisis de lectura.	• Anexo Lectura de derechos humanos y de la mujer.
13	• Cierre y evaluación.	• Aplicación de instrumentos de evaluación. • Despedida.	• Anexos de instrumentos.

Anexo 9. Técnica del manual: Relajación por Respiración Profunda

Compilación de Técnicas • Capítulo 10

10.3. RELAJACIÓN POR RESPIRACIÓN PROFUNDA

Se explica la importancia de la respiración, dando paso a la descripción de las fases:

- A) *Inhalación por la boca en al menos tres segundos, procurando que lleguen a dominar los 3 partes de la inhalación: parte baja de los pulmones, media y superior.*
- B) **Sostenimiento:** *durante al menos 3 segundos, deben mantener el aire, sin tensar hombros.*
- C) *Exhalación por la nariz (cuando sea para dormir) o por la boca cuando sea para relajarse y continuar con las actividades, la exhalación deberá hacerse en los tres partes, primero la parte baja, posteriormente la media y al final la parte alta.*

Es importante que las usuarias no practiquen más de 5 respiraciones profundas por vez, para evitar la hiperventilación y con ello las molestias.

Rincón González (2003) sugiere que los ejercicios se hagan de forma gradual, de modo que las fases quedan como sigue, una por sesión.

- A) *Inspiración por la nariz, sólo la parte baja y media del abdomen.*
- B) *Inspiración agregando la parte alta de los pulmones, es decir, el tórax.*
- C) *Inspiración profunda sin distinguir las tres fases, de manera lenta pero continua.*
- D) *Repetir el ejercicio en diferentes posiciones.*

Nota: La aplicación de las técnicas del manual utilizadas fue adaptada para su uso en la modalidad de asesoría psicológica individual planteada en la presente investigación.

Anexo 10. Técnica del manual: Reevaluación Cognitiva

Atención Psicológica a Mujeres en Situación de Violencia  Lineamientos y Protocolos

10.6. REEVALUACIÓN COGNITIVA (RINCÓN GONZÁLEZ, 2003)

OBJETIVO

Identificar los pensamientos y sentimientos desadaptativos para transformarlos en adaptativos.

PROCEDIMIENTO

- A) *Se analizan los sentimientos y pensamientos de las participantes en torno a la situación traumática, cuestionando todos aquellos pensamientos que estén guiados por una evaluación errónea de la situación.*
- B) *Frente a los sentimientos de culpa generados por los episodios de violencia, se pone énfasis en que la conducta violenta es el resultado de los pensamientos y emociones del maltratador y no de las conductas de las participantes. No existe ninguna conducta que justifique el maltrato.*
- C) *En relación a los sentimientos de autoestima negativa se pide a las participantes que realicen el siguiente ejercicio: Se reúnan en parejas y cada una dibuje el contorno de la otra en un pliego de papel. Luego cada una tome su propio dibujo y haga una línea vertical que separe en dos su silueta, escribiendo en un lado las características positivas que tiene y en otro las características negativas, abarcando diversas áreas: Aspecto físico, capacidad intelectual, relaciones sociales, relaciones familiares, salud, sexualidad, ejecución de tareas cotidianas, etc. Luego deben exponer lo que han escrito al resto del grupo. La terapeuta debe guiar la reevaluación cognitiva de las percepciones erróneas que se pongan de manifiesto, poniendo especial atención en los aspectos positivos señalados y en la evaluación adecuada de los aspectos negativos, esto es, uso de un lenguaje no peyorativo, preciso y específico.*

Nota: La aplicación de las técnicas del manual utilizadas fue adaptada para su uso en la modalidad de asesoría psicológica individual planteada en la presente investigación.

Anexo 11. Técnica del manual: Solución de Problemas

Compilación de Técnicas • Capítulo 10

10.8. SOLUCIÓN DE PROBLEMAS (CABALLO, 1995)

OBJETIVO

Desarrollar las habilidades de afrontamiento y solución de problemas fomentando la sensación de control.

PROCEDIMIENTO

- A) *Fomentar una actitud de solución de problemas, se sugiere autoinstrucciones para lograr que la persona se motive.*
- B) *Definir los problemas de forma concreta, definiendo el quién, qué, donde, cuándo y cómo de la situación.*
- C) *Generación de alternativas, se sugiere la lluvia de ideas.*
- D) *Toma de decisiones, el propósito es analizar todas las alternativas posibles.*
- E) *Puesta en práctica de la solución y verificación.*

PROCEDIMIENTO PARA EL GRUPO (RINCÓN GONZÁLEZ, 2003)

- A) *Se explica que los problemas son un hecho normal en la vida de cualquier persona y que muchas veces no ser capaz de solucionarlos puede incrementar el estrés y otros estados emocionales, llevando a una gran tristeza e incluso sentimientos de indefensión. Por ello se debe aprender a resolver de manera adecuada los problemas, para lo cual hay un procedimiento. Se lo describe en términos generales y se explica en detalle las dos primeras fases de la solución de problemas: Orientación general hacia el problema y definición y formulación del problema.*
- B) *Se entrega tríptico de solución de problemas y se leen las dos primeras fases.*
- C) *Se pide a las participantes que trabajen en parejas en la definición de alguno de los problemas que han registrado durante la semana, determinando quién, qué, dónde, cuándo, por qué y cómo del problema elegido (deben escribirlo en los pliegos de papel destinados para ello). Se lleva a plenario y el resto del grupo aporta en relación a lo realizado por cada subgrupo. La terapeuta debe velar por la adecuada realización del procedimiento, es decir, descripción del problema en términos claros y concretos, utilización de información relevante referida a hechos y no a opiniones ni creencias.*

Nota: La aplicación de las técnicas del manual utilizadas fue adaptada para su uso en la modalidad de asesoría psicológica individual planteada en la presente investigación.

12. Técnica del manual: Tareas para Casa

10.16. TAREAS PARA CASA

OBJETIVO

Que la usuario tome un papel activo en la terapia, además de buscar un incremento en la práctica diaria y una mejor generalización a partir del éxito en el ambiente terapéutico hacia un entorno natural.

Además de prevenir la dependencia a la terapeuta.

PROCEDIMIENTO

- A) *Explique por qué es importante la tarea.*
- B) *Explique que se espera lograr.*
- C) *Exponga el procedimiento para que lo lleve a cabo.*
- D) *Siempre revísela en la siguiente sesión.*

Nota: La aplicación de las técnicas del manual utilizadas fue adaptada para su uso en la modalidad de asesoría psicológica individual planteada en la presente investigación.

Anexo 13. Entrevista inicial para historia clínica de Virginia. Entrevista Semiestructurada para Mujeres que viven en Situación de Violencia de Pareja. (Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 1992; modificada 2006). Adaptada 2022.

Datos generales

No: **1** Nombre: **Virginia** Fecha: **14/03/22** Terapeuta (asesora): **P. Psic. Aimee Guadalupe Tinoco Cruz**

1. Edad

Edad cronológica: **35 años** Edad aparente: **35 años**

2. Estado Civil

Soltera () Separada () Viuda ()

Casada () Divorciada () En trámites de separación () Unión libre (X)

3. Situación Familiar

Relación con los padres: Viven Si () No (X)

Percepción de apoyo familiar eficaz: **No**

4. Con quién vive actualmente: **Hogar compartido. Pareja, tías, sobrinas.**

5. Nivel de Estudios

Lee y escribe (X) Bachiller/ técnica ()

Educación primaria () Universitarios ()

Educación secundaria (X) Otros:

6. Profesión y/o ocupación: **Comercio independiente.**

7. Lugar y tipo de trabajo

En Casa (X) Fuera de Casa () Ambas ()

8. Nivel socioeconómico

Bajo () Medio-Bajo (X)

Medio () Medio-Alto ()

Alto ()

9. Agresor

Pareja () Hermano/a ()

Novio () Hijo/a ()

Padre (X) Otros: ()

Madre ()

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

Frecuencia del maltrato en el último año: **N/A. Los hechos se suscitaron en el pasado.**

Por día () Por semana () Por mes () Al año ()

¿Ha experimentado abuso durante el noviazgo? Si () No (X)

Tipo de abuso experimentado: **N/A**

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?: **N/A**

Frecuencia del maltrato en el último año: **N/A.**

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

Acoso en la actualidad o en el último año: **N/A.**

¿Por qué acudes en este momento en demanda de atención psicológica?: **“Quise venir con el psicólogo para hablar sobre mi vida y vivir más feliz, pues he sido una persona que ha sufrido mucho desde que soy una niña”**

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

11. Actos cometidos en el Abuso: **N/A**

Insultos y amenazas () Fracturas () Empujones ()

Humillación y desvalorización () Retención en el hogar () Jalones de pelo ()

Puñetazos () Privaciones económicas o

control excesivo del dinero () Agresiones sexuales ()

Patadas () Mordidas () Aislamiento familiar y social ()

Cachetadas () Estrangulamiento () Otros:

Contra los bienes: **N/A**

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: **N/A**

Arma blanca ()

Arma de fuego ()

Objeto contundente ()

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

En caso afirmativo, ¿Cuándo ha sido la última vez que se presentó esta circunstancia?:
“Cuando aún era una niña, y no entendía qué podía pasarme, siempre tenía miedo”

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

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

15. Denuncias: **No se realizaron.**

Nº denuncias: **N/A** Tipo de denuncia: **N/A**

16. Salidas del Hogar

Nº de veces: **0**

Lugares a los cuáles donde ha acudido: **N/A**

Tiempo de estancia: **N/A**

17. Lesiones

Nº de lesiones: **N/A**

Nº 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 (**X**) No () **“A mis hermanas y a mi sobrina Valentina”**

19. ¿Dispone de apoyo social eficaz?

Si () No (X)

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

En la edad adulta () En la infancia (X)

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

Si (X) No ()

¿De qué tipo?: **Abuso sexual, maltrato físico, maltrato psicológico.**

22. ¿Ha recibido algún tratamiento psicológico anteriormente por la experiencia de abuso? En caso afirmativo, ¿de qué tipo? ¿Cuándo lo abandono?: **“Sí, fui con varias psicólogas a las que me mandaban los hospitales, pero nunca concluía el proceso. La última vez fue aproximadamente un año”**

23. ¿Ha tenido algún tipo de trastorno psicológico anteriormente? En caso afirmativo, ¿de qué tipo?: **Sí, crisis nerviosas.**

24. ¿Ha recibido tratamiento psicológico? En caso afirmativo, ¿cuál?: **Consultas psicológicas en el medio público (hospitales).**

25. ¿Ha tenido algún intento o pensamientos persistentes de suicidio?: **Sí, múltiples intentos de suicidio en el pasado.**

26. ¿Ha habido en su familia algún tipo de trastorno psicológico? En caso afirmativo, ¿de qué tipo?: **No**

27. ¿Tiene problemas de salud importantes?: **No**

28. ¿En cuántas ocasiones ha acudido al médico en el último año? ¿Cuál ha sido la problemática consultada?: **0**

29. ¿Ha tenido o tiene problemas de abuso de drogas y/o alcohol?: **No, en el pasado sí con el alcohol.**

Maltratador

Nombre y Apellidos: **Omitido por confidencialidad.**

Edad: **N/A. Actualmente fallecido.** Actividad Laboral: **N/A. Actualmente fallecido.**

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

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

32. ¿Tiene algún problema relacionado con los celos? **N/A**

33. ¿Ha tenido o tiene problemas de tipo laboral? **N/A**

34. ¿Ha habido experiencias de maltrato en su familia de origen? **N/A**

35. ¿Ha sido violento con otras personas? **N/A**

Nota: N/A = No aplica.

Anexo 14. Entrevista inicial para historia clínica de Valentina. Entrevista Semiestructurada para Mujeres que viven en Situación de Violencia de Pareja.
(Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 1992; modificada 2006). Adaptada 2022.

Datos generales

No: **2** Nombre: **Valentina** Fecha: **14/03/22** Terapeuta (asesora): **P. Psic. Aimee Guadalupe Tinoco Cruz**

1. Edad

Edad cronológica: **25 años** Edad aparente: **25 años**

2. Estado Civil

Soltera () Separada () Viuda ()

Casada () Divorciada () En trámites de separación () Unión libre (**X**)

3. Situación Familiar

Relación con los padres: Viven Si () No (**X**)

Percepción de apoyo familiar eficaz: **No**

4. Con quién vive actualmente: **Hogar compartido. Pareja, tías, sobrinas.**

5. Nivel de Estudios

Lee y escribe (**X**) Bachiller/ técnica ()

Educación primaria () Universitarios ()

Educación secundaria (**X**) Otros:

6. Profesión y/o ocupación: **Comercio independiente.**

7. Lugar y tipo de trabajo

En Casa (**X**) Fuera de Casa () Ambas ()

8. Nivel socioeconómico

Bajo () Medio-Bajo (**X**)

Medio () Medio-Alto ()

Alto ()

9. Agresor

Pareja () Hermano/a ()

Novio () Hijo/a ()

Padre () Otros: (X) **primo**

Madre ()

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

Frecuencia del maltrato en el último año: **N/A. Los hechos se suscitaron en el pasado.**

Por día () Por semana () Por mes () Al año ()

¿Ha experimentado abuso durante el noviazgo? Si () No (X)

Tipo de abuso experimentado: **N/A**

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?: **N/A**

Frecuencia del maltrato en el último año: **N/A.**

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

Acoso en la actualidad o en el último año: **N/A.**

¿Por qué acudes en este momento en demanda de atención psicológica?: **“Quería aprender a controlar mis emociones, pero recordé muchas cosas del pasado que aún me lastiman y quiero recibir una ayuda para eso”**

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

11. Actos cometidos en el Abuso: **N/A**

Insultos y amenazas () Fracturas () Empujones ()

Humillación y desvalorización () Retención en el hogar () Jalones de pelo ()

Puñetazos () Privaciones económicas o

control excesivo del dinero () Agresiones sexuales ()

Patadas () Mordidas () Aislamiento familiar y social ()

Cachetadas () Estrangulamiento () Otros:

Contra los bienes: **N/A**

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: **N/A**

Arma blanca ()

Arma de fuego ()

Objeto contundente ()

13. ¿En alguna ocasión ha sentido que su vida estaba en peligro?: **No**

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

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

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

15. Denuncias: **No se realizaron.**

Nº denuncias: **N/A** Tipo de denuncia: **N/A**

16. Salidas del Hogar

Nº de veces: **2**

Lugares a los cuáles donde ha acudido: **Hogar de sus tías.**

Tiempo de estancia: **2 años.**

17. Lesiones

Nº de lesiones: **N/A**

Nº 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 (**X**) No () “**A mi tía Virginia**”

19. ¿Dispone de apoyo social eficaz?

Si () No (**X**)

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

En la edad adulta () En la infancia (X)

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

Si (X) No ()

¿De qué tipo?: **Maltrato físico, maltrato psicológico.**

22. ¿Ha recibido algún tratamiento psicológico anteriormente por la experiencia de abuso? En caso afirmativo, ¿de qué tipo? ¿Cuándo lo abandono?: **No**

23. ¿Ha tenido algún tipo de trastorno psicológico anteriormente? En caso afirmativo, ¿de qué tipo?: **No**

24. ¿Ha recibido tratamiento psicológico? En caso afirmativo, ¿cuál?: **N/A**

25. ¿Ha tenido algún intento o pensamientos persistentes de suicidio?: **Sí, múltiples intentos de suicidio en el pasado.**

26. ¿Ha habido en su familia algún tipo de trastorno psicológico? En caso afirmativo, ¿de qué tipo?: **No**

27. ¿Tiene problemas de salud importantes?: **“Un problema en la sangre, no sé su nombre”**

28. ¿En cuántas ocasiones ha acudido al médico en el último año? ¿Cuál ha sido la problemática consultada?: **“1, por una descompensación en mi presión y sangre”**

29. ¿Ha tenido o tiene problemas de abuso de drogas y/o alcohol?: **No, en el pasado sí con el alcohol y las drogas.**

Maltratador

Nombre y Apellidos: **Omitido por confidencialidad.**

Edad: **N/A** Actividad Laboral: **N/A**

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

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

32. ¿Tiene algún problema relacionado con los celos? **N/A**

33. ¿Ha tenido o tiene problemas de tipo laboral? **N/A**

34. ¿Ha habido experiencias de maltrato en su familia de origen? **N/A**

35. ¿Ha sido violento con otras personas? **N/A**

Nota: N/A = No aplica.