



**CENTRO DE ESTUDIOS AGUSTINIANO
"FRAY ANDRÉS DE URDANETA"**

NIVEL LICENCIATURA
CLAVE DE INCORPORACIÓN UNAM 8853-25

PSICOLOGÍA

TALLER DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA VÍCTIMAS
DE VIOLENCIA DE GÉNERO DE 18 A 40 AÑOS DESDE
UN ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL.

T E S I S

**PROFESIONAL PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:
SÁNCHEZ JIMÉNEZ MARÍA AMARANTA
MORA LÓPEZ JAVIER OCTAVIO

ASESOR:
MCE GUADALUPE ACOSTA TORRES



COACALCO DE BERRIOZÁBAL, ESTADO DE MÉXICO, ENERO 2024.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi CEA FADU, la facultad que me brindo la formación profesional, a mi asesora y mentora, la Mtra. Guadalupe Acosta Torres por guiarme a nivel profesional y personal, al Lic. Ricardo Popoca Pastrana, director de la carrera, por las asesorías y facilidades a lo largo de mi formación académica, a todos mis profesores por el esmero en forjar grandes profesionistas.

A mi compañero y colega Javier Mora, porque con su gran profesionalismo, me apporto ideas y conocimientos en este proyecto.

Dedico este trabajo principalmente a mis padres Lucila Jiménez y Francisco Sánchez, por darme las herramientas necesarias para mi aprendizaje, impulsando mis metas y logros obtenidos profesionales y personales, gracias por siempre darme su amor y comprensión.

Gracias a mi hermano Joshua Sánchez, por hacer que mis días durante este proyecto fueran más ligeros con su acompañamiento.

A mi amado novio Alan Sánchez, por su amor, confianza y apoyo constante, gracias a esto tuve la seguridad para alcanzar mis objetivos.

En memoria de mi amigo y compañero de carrera Edson Said Imbert Cruz, quien deseaba culminar este proceso tanto como yo, gracias por el apoyo, los momentos, las enseñanzas y las risas. Dónde quiera que estés, esto también es para ti, QEPD.

Con todo mi amor y agradecimiento: María Amaranta Sánchez Jiménez

AGRADECIMIENTOS

Quiero dedicar este trabajo a mis maestros, no solo académicos sino también a mis maestros de vida que en algún momento me enseñaron, aconsejaron y corrigieron, si están leyendo esto, muchas gracias por compartir su conocimiento e inspirarme para seguir aportando a esta increíble profesión.

Agradezco a Dios que me dio la vida, por permitirme ver cumplido uno de mis más grandes sueños, por bendecirme con salud, sabiduría y sobre todo por haber puesto en mi camino a las personas correctas para seguir creciendo como persona.

Especialmente a mi madre Aurelia López, mi mayor fuente de inspiración, gracias por ser tan fuerte y continuar luchando contra todo diagnóstico médico para seguir a mi lado apoyándome con amor, tú me enseñaste el valor de la perseverancia y bueno, he aquí el resultado, espero seguirte enorgulleciendo.

A mi padre Javier Mora, mi mejor amigo, gracias por siempre ser mi fuente de motivación, sin ti no habría sido el hombre que ahora soy, quiero que al leer esto recuerdes que siempre te voy a admirar, espero seguirte enorgulleciendo.

Dedico un especial agradecimiento a mi pareja, amiga y confidente Isabel García, que me ha acompañado en un largo camino y que tanto directa como indirectamente fue partícipe de muchos logros, este es uno de ellos, gracias por estar aquí para verlo, solo te puedo decir si lees esto ¡ESCRIBÍ MI PRIMER LIBRO!

Gracias a mi asesora y maestra Guadalupe Acosta a quien respeto y hago un reconocimiento honorífico por su orientación, su paciencia y su determinación, sin usted esto no hubiera sido posible, espero que cuando leas esto te sientas honrada por tu estupendo trabajo, y gracias por orientar a tantas nuevas generaciones de psicólogos.

A mi colega Amaranta Sánchez, le agradezco por todo su apoyo y sabiduría, por tantas risas y lágrimas al construir este trabajo, eres una gran profesionalista, espero seguir colaborando en futuros proyectos contigo.

Finalmente, pero sin restarles valor, quiero agradecer a todas esas personas que les debo tanto, ustedes que me acompañaron en el proceso de este trabajo, ustedes que lo sufrieron, pero que también se regocijaron con la culminación de esta propuesta, quiero que sepan que fue gracias a su apoyo que fui capaz de cumplir un sueño, si estás leyendo esto seguramente fuiste una pieza esencial de este logro personal.

Con toda mi admiración y cariño: Javier Octavio Mora López

INDICE

Introducción

CAPÍTULO 1 - Perspectiva de género	7
1.1 Sexo y genero.	9
1.2 Identidad de género.	9
1.3 Roles de género.	11
CAPÍTULO 2 - Violencia	12
2.1 Violencia en México	13
2.2 Antecedentes	16
2.3 Tipos	18
2.4 Clasificación	19
2.5 Ciclo de la violencia	21
CAPÍTULO 3 - Víctima	23
3.1 Grupos vulnerables	26
CAPÍTULO 4 - Normatividad	30
4.1 Perfil del terapeuta	31
CAPÍTULO 5 - Enfoque cognitivo conductual de Beck	33
5.1 Enfoque cognitivo conductual en aspecto de la violencia de género	36
5.2 Terapia breve centrada en soluciones (TCS)	39
CAPÍTULO 6 - Propuesta de taller de intervención a víctimas de violencia con enfoque cognitivo conductual	41
6.1 Protocolo de aplicación	42
CAPÍTULO 7 - Metodología	63
7.1 Justificación	63
7.2 Delimitación del problema	64
7.3 Objetivos	64
7.4 Hipótesis de trabajo	65
7.5 Variables	65
7.6 Método cualitativo	66
Conclusiones	67
Anexos	69
Bibliografía	82

INTRODUCCIÓN

Identificando la violencia que se vive actualmente en México proporcionamos un protocolo de intervención psicológica a través de la perspectiva de género, una herramienta filosófica que se tiene contemplada actualmente en instancias como el Gobierno de México o como en la Institución Nacional de las Mujeres siendo un tema por nosotros propuesto para tratar una problemática que ha incrementado exponencialmente resultando en un motivo de consulta cada vez más recurrente en personas de entre 18 y 40 años, pero qué sigue pasando desapercibido ante nuestra sociedad contemporánea, por lo que fue el elemento ideológico sobre el cual basamos nuestra investigación.

Se encarga de identificar la manera en que hemos aprendido el constructo de nuestra identidad abordando desde los sesgos y estereotipos que hemos adquirido a través de nuestra vida desde habilidades y limitaciones que de manera sociocultural conforman los roles, la personalidad y la afinidad que llevamos a nuestra existencia ya que muchas veces son sistemas determinantes para ejercer un control sobre lo que hacemos y lo que somos por lo que con estos procesos socializantes interiorizamos también el género que se conforma colectivamente.

En la medicina contemporánea, siendo una ciencia que utiliza un argumento biológico sobre la determinación diferencial entre mujer y hombre a través de características fisiológicas, se han creado teorías que en su mayoría ocultan la historicidad del aprendizaje de las diferencias entre los géneros y que a su vez ha omitido el elemento de mayor importancia; si partimos de un análisis sobre las familias mexicanas, el concepto de poder así como su construcción esquemática de lo femenino y los masculino es importante identificarlo diferenciando el sexo del género, partiendo de las diferencias sexuales que se construyen desde la desigualdad social en relación de poder y jerarquía entre hombre y mujer, es decir analizada desde la perspectiva de género.

La perspectiva de este proyecto de investigación desde un concepto teórico práctico ya que nuestra experiencia como pasantes y practicantes preprofesionales de una institución de salud mental podemos darnos cuenta de que en la actualidad una realidad a las que se enfrentan las víctimas de violencia debe ser abordada desde la necesidad de conocer más a fondo esta problemática, así como sus causas consecuencias desde una perspectiva objetiva pero humanitaria y empática.

Este taller de intervención propicia complementar el abordaje psicoterapéutico para víctimas de violencia el cual conste sobre la perspectiva de género identificando su significado o método de uso, así como algunas características generales adentrándonos en roles de identidad y de cómo la población mexicana ha ido construyendo estos conceptos, lo que implica la violencia siendo una noción que hasta la fecha se sigue actualizando y que día a día se pueden identificar nuevos tipos de violencia que se manifiestan y que pueden llegar a afectar tanto hombres como mujeres y que al menos durante nuestra investigación es una de las principales causas de necesidad para buscar un abordaje psicoterapéutico actualmente en México.

Cuando identificamos la definición de víctimas nos enfocamos en brindar un contexto histórico y sociocultural que puede ser llevado a la praxis durante el abordaje profesional en México para víctimas de violencia de género, consideramos la importancia de abarcar aspectos normativos así como acuerdos y tratados que puedan ser relevantes y que principalmente se encuentren en vigor actualmente en México que pudieran impulsar este proyecto así como brindar una protección a un sector vulnerable como lo son las víctimas de violencia de género.

Comentamos sobre el enfoque psicológico cognitivo conductual identificando la terapia de Beck tomando como marco teórico la terapia breve cómo nuestra principal herramienta de utilidad para brindar la atención psicoterapéutica a personas que han sido víctimas de violencia de género.

CAPÍTULO 1 - PERSPECTIVA DE GÉNERO

Con el paso de los años ha quedado demostrado que la conciencia del ser humano evoluciona y se desarrolla en medida del conocimiento adquirido y el uso de criterios cognoscentes, es decir, la sociedad ha alcanzado un nivel de comprensión que nos permite identificar problemas que quizá en otra época no se nos hubiera siquiera ocurrido imaginar, este es el caso de la perspectiva de género, en este capítulo destacamos la importancia de incorporar este enfoque social en el uso de la psicología clínica durante un proceso terapéutico, ya que nos permite vislumbrar problemas o dificultades que de otra forma pasarían desapercibidas, tal es el caso de temas como la identidad, la equidad y los roles de género entre otros puntos que se desarrollan dentro del capítulo, incorporando una visión social, política y psicológica, con la finalidad de comprender de mejor manera esta propuesta.

Actualmente la perspectiva de género ha sido una herramienta conceptual que nos permite analizar el género; características generales, en qué momento se realiza la asignación de este, lo que concierne a la identidad de género y de qué manera se adquieren los roles de género en México, todo desde definiciones establecidas y actualizadas dentro del marco legal, científico y sociocultural.

El tener perspectiva de género nos permite brindar un punto de vista neutro con base a las necesidades que puede llegar a manifestar una persona, dentro del ámbito de la salud mental, entender estas definiciones establecidas y ejercidas legalmente nos brinda también un marco teórico en el que podemos establecer un vínculo profesional terapeuta - paciente, donde se brinde respeto y libertad, así como una visión equitativa con respecto una problemática.

Reconocemos la importancia del papel que juega la identidad en un proceso terapéutico, ya que, a partir de esta, podemos construir o deconstruir esquemas mentales que sean disfuncionales en el paciente para volverlos funcionales. Como terapeutas, así como miembros del personal de la salud, brindar un entorno respetuoso y libre para que el paciente se sienta escuchado es fundamental para lograr nuestros objetivos.

Daremos un desarrollo conceptual sobre las terminologías que serán retomadas en nuestro trabajo a modo de facilitar dichas definiciones durante el desarrollo del taller.

De acuerdo con la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres en el 2022, la perspectiva de género es una metodología de mecanismos que permiten identificar, cuestionar y valorar la discriminación, desigualdad y exclusión de las mujeres justificables con base en las diferencias biológicas entre mujeres y hombres, así como en el actuar sobre los factores de género para crear las condiciones de cambio que permitan avanzar en la construcción de la igualdad de género.

Por su parte la Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida libre de Violencia en el 2023 dentro del artículo 5º, fracción IX. establece que es: Una visión científica, analítica y política sobre las mujeres y los hombres la cual propone eliminar las causas de la opresión de género como la desigualdad, la injusticia y la jerarquización de las personas basada en el género. Por su parte promueve la igualdad entre los géneros a través de equidad, adelanto y bienestar hacia las mujeres para construir una sociedad en donde las mujeres y los hombres tengan el mismo valor, la igualdad de derechos y oportunidades para acceder a los recursos económicos, la representación política y social en los ámbitos de toma de decisiones.

Se identifican estos lineamientos para incorporar la perspectiva de género en las reglas de operación de programas y presupuestales federales relacionadas a la salud a través de metodología y mecanismos que permiten identificar, cuestionar y valorar la discriminación, desigualdad y exclusión de las mujeres así como pretende una justificación con base en las diferencias biológicas entre mujeres y hombres para establecer acciones que puedan ser utilizadas como protocolo de actuación ante los factores de género, esto para crear condiciones de cambio que permitan avanzar en la construcción de la igualdad de género desde la atención clínica.

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.

Podemos comprender que la perspectiva de género como herramienta filosófica nos permite vislumbrar de manera profunda las vidas de mujeres y hombres en relación con la interacción que tienen ambos en un contexto social cultural laboral familiar para brindar un cuestionamiento a los estereotipos con los que somos educados a modo de abrir la posibilidad de elaborar nuevos contenidos o programas de socialización y relación entre nosotros como seres humanos.

Cómo ya se ha reflejado, en múltiples estudios estatales es una realidad que existe una desigualdad o un desequilibrio entre hombres y mujeres principalmente en acciones como lo son; la redistribución equitativa de las actividades laborales y familiares, la justa valoración económica que se realiza en trabajo, la discriminación y rechazo que se gesta a través de estereotipos y creencias socio culturales en México.

Por tal motivo identificamos la importancia de la aplicación de la perspectiva de género la cual radica en las posibilidades de identificar estas injusticias o desequilibrios para

brindar vías de intervención que transformen estas limitaciones en oportunidades para crear una sociedad más justa y estable.

Para un mejor desarrollo de los factores que toma en cuenta la perspectiva de género nos daremos a la tarea de desenvolver temas que están involucrados como lo es la sexualidad, esta es un aspecto central del ser humano, ya que es un rasgo presente durante la vida de cualquier persona y comprende conceptos como el sexo, la orientación sexual, la identidad, el placer, los roles de género, entre otros.

1.1 SEXO Y GENERO.

Cuando hablamos de sexualidad humana no nos referimos exclusivamente a la determinación de los instintos biológicos, ni tampoco es el constructo de aprendizajes que se gestan de manera sociocultural, más bien nos referimos a esta como: "El resultado de la interacción cognitiva entre las personas y el medio ambiente." (Money y Ehrhardt, 1982).

Según Money y Ehrhardt en su libro sobre desarrollo de la sexualidad humana identifican que la sexualidad como característica en los seres humanos va más allá que solo un rasgo adquirido biológicamente, es decir, es un constructo que con base al contexto sociocultural, temporalidad puede variar a través de un enfoque psicológico, ya que el de desarrollo sexual representa una parte fundamental del bienestar psicológico del paciente que puede llegar a cambiar con el paso del tiempo siendo una característica que puede modificarse a través del tiempo, por su parte, el gobierno de México, en su página oficial en 2023 identifica una diferencia entre lo que es sexo y género: El sexo se refiere a todas esas características biológicas y fisiológicas que pueden definir a un hombre y a una mujer como; las mujeres tienen menstruación pero los hombres no.

Por otra parte, el género se refiere a los atributos sociales y las oportunidades asociadas a ser hombre o mujer, y las relaciones entre mujeres y hombres, niñas y niños. Estos atributos, oportunidades y relaciones se establecen y se aprenden en la sociedad, son específicos al contexto o tiempo, y pueden cambiar, por ejemplo: el hecho de que las mujeres hagan más tareas del hogar que los hombres ya que el género determina lo que se espera a partir de un paradigma colectivo el cual se gesta y se valora dentro del término mujer u hombre en un contexto determinado. Los términos hombre y mujer son categorías sexuales, mientras que lo femenino y masculino son categorías de género.

1.2 IDENTIDAD DE GÉNERO.

A través del modelo biopsicosocial podemos comprender que el ser humano puede ser abordado a través de 3 hemisferios; el biológico hace referencia a que somos seres vivos dotados de un cuerpo físico, el psicológico se refiere a que poseemos una conciencia a través de la cual actuamos por medio de impulsos, deseos, inhibiciones y motivaciones que influyen nuestras decisiones, por último está el hemisferio social hace referencia a que pertenecemos a un entorno el cual se rige por reglas o acuerdos condicionantes establecidos por un colectivo. Así mismo podemos comprender que la identidad estará determinada y comprometida por múltiples factores que están involucrados a través de

estos 3 hemisferios a través de los cuales el ser humano busca definir su existencia encajando en diversos modelos cognitivos, conductuales y culturales.

Podemos ver que a través de diversos enfoques, la psicología concibe la adquisición de una identidad y rol sexual, en este proyecto tomamos más en cuenta el trabajo de Money y sus colaboradores siendo uno de los principales expositores sobre el tema, para Money e 1982 la identidad de género podría definirse como: la igualdad a sí mismo, es decir la unidad y persistencia de la propia individualidad como hombre, mujer o ambivalente, a mayor o menor grado, en especial tal como es experimentada en la conciencia acerca de sí mismo y conductual, la identidad de género es la experiencia personal del papel de género siendo la expresión pública de la identidad de género.

Con esta definición podemos comprender que la identidad de género va más allá de la anatomía de cada individuo ni depende del rol de género que se asigne por nuestros progenitores, la identidad es una reafirmación constante en la que una persona decide tener una preferencia con respecto a cómo se percibe. Esto puede generar en ocasiones confusión por la normatividad, la cultura, las creencias, etc. Es por eso que debe tomarse en cuenta que en la actualidad no existe una única forma establecida de ejercer la sexualidad y el afecto entre seres humanos, así que en este capítulo también nos dimos a la tarea de identificar como es la percepción sociopolítica de lo que implica la identidad de género, por ejemplo, con base al gobierno de México en el 2016 encontramos en su página oficial que la identidad de género se define como: El concepto que se tiene de uno mismo como ser sexual y de los sentimientos que esto conlleva; relaciona el cómo vivimos y sentimos nuestro cuerpo desde la experiencia personal y cómo lo llevamos con el resto de las personas. Se trata de la forma individual e interna de vivir el género, la cual podría o no corresponder con el sexo con el que nacimos.

Hablar de identidad de género también implica abordar el tema de la diversidad sexual, el cual también se toca en este mismo artículo cuestionando la idea de si hay una única forma de ejercer la sexualidad y los afectos, haciendo visible la existencia de otras formas de expresarlos incluyendo también la idea de que la identidad de género de una persona puede ser independiente del sexo con el que nació y su orientación sexual al mismo tiempo que existe una diversidad de identidades de género, habitualmente se considera un espectro con dos extremos: la identidad atribuida a las mujeres y la relacionada con los hombres, sin embargo, debemos recordar que la identidad de género es independiente de la orientación sexual e incluye las formas en las que una persona se autodenomina y se presenta frente a las demás dentro de las que se incluye la libertad de modificar la apariencia o la función corporal a través de roles sociales de género, técnicas médicas, quirúrgicas o de otra índole.

Dentro del abordaje psicoterapéutico es deber del profesional de la salud que domine el tema sobre la identidad de género ya que un mal uso del lenguaje hacia el usuario podría comprometer los objetivos del taller e incluso podría convertirse en una situación de revictimización hacia el usuario(a).

1.3 ROLES DE GÉNERO.

El Instituto Nacional de las Mujeres brinda algunas definiciones sobre roles de género; el término explica el conjunto de conductas y expectativas, que deben regir la forma de ser, sentir y actuar de las mujeres y los hombres. A pesar de la persistencia de estos roles asignados a unas y otros a partir de estereotipos de género, en muchas culturas y sociedades actuales aún prevalecen en las relaciones familiares, sociales o laborales en el año 2023 tomando en cuenta los datos más actuales.

Podemos identificar que los roles de género buscan determinar responsabilidades o tareas específicas con base a atributos psicosociales, entre algunos ejemplos identificados por el INMUJERES se encuentran; el rol productivo el cual indica que las actividades principales que desarrollan mujeres y hombres en el ámbito público son con la finalidad de producir servicios y bienes por los cuales generan ingresos y reconocimiento, el rol reproductivo se refiere a las actividades de reproducción social que garantizan la supervivencia y el bienestar de la familia en las que se incluyen las actividades domésticas y de crianza las cuales son realizadas especialmente por mujeres, por otra parte está el rol de gestión comunitaria en el que se identifican todas las actividades que buscan asegurar la el mantenimiento de recursos escasos para el consumo colectivo, como agua y educación que también están asociados principalmente a mujeres en un nivel comunitario, estos marcan una diferencia entre roles que pueden proporcionar estatus como el rol de política comunitaria que pretende más un índole de liderazgo a nivel comunitario, realizado particularmente por hombres, este puede ser remunerado y con ello generar un estatus y por ultimo tenemos el triple rol que promueve la realización simultánea de actividades correspondientes a los roles productivo, reproductivo y comunitario, lo que propicia la fragmentación y extensión de los horarios de trabajo de las mujeres.

Con base en esto se deduce que los roles de género son funciones construidas y aprendidas por un contexto colectivo, dentro de las cuales pueden ser modificadas a partir del estatus o respeto otorgado por la comunidad en la que se reside pero que proporcionan los derechos humanos con base a un despliegue de sus capacidades y libertades no necesariamente equitativo.

CAPÍTULO 2 - VIOLENCIA

Uno de los principales problemas en el estudio de la violencia es la falta de una definición clara que pueda tener en cuenta las diferentes formas en que se manifiesta o al menos indicar sus características más importantes y comunes. Además, otra dificultad para estudiar este fenómeno reside precisamente en esta diversidad, por lo que muchas veces se prefiere hablar de violencias como una generalidad antes que de violencia como algo individualizado; Por lo tanto, se presentarán definiciones de cada forma de violencia. Por supuesto, el hecho de que esta violencia se examine a partir de varios campos de conocimiento lo dificulta, así como el uso de una definición clara e inequívoca. Por otro lado, este enfoque diverso de la violencia, especialmente de varias regiones disciplinarias, contribuyó a considerarlo de manera compleja y a distinguir entre las características más precisas de sus causas y métodos para expresarlas y la motivación o función incluye diversas formas de violencia.

La violencia tiene muchos conceptos, pero entendemos que, así como hay factores empíricos también se desata por emociones, aprendizajes y hasta factores psicobiológicos; Entendemos a la ira como una emoción, esto nos provoca furia, enojo, molestia, indignación entre otras; así como manifestamos emociones primarias que son consideradas las emociones universales estas tienen subsecuentes es decir según sus grados y es por eso que se dispersan diferentes manifestaciones. Cuando hablamos de emoción comprendemos que se desarrollan descargas a nivel sistema nervioso pues estas son inconscientes, generando altas dosis de agresividad ya sea de manera verbal o física, produciendo malestar a la persona que en ese momento está padeciendo la ira, es un lugar de displacer.

Muchas veces se llegan a confundir las emociones de los sentimientos y como mencione anteriormente estas primeras son inconscientes y momentáneas, mientras que el sentimiento es consciente y por lo tanto racional.

Es por ello que cuando alguien nos manifiesta estados de ira o deseos de pelear o discutir se pierde el plano de lo racional, esto se debe a que estamos expuestos a un impulso emocional tanto que nos llegamos a desprender de la conciencia y hacemos los actos manifestados por nuestro cuerpo, en forma de ataque, la persona queda ciega ante lo que

sucede y solo después de que regresa a consciencia es cuando llegan los sentimientos como la culpa, el miedo, la tristeza por que para el impulso para entrar la razón.

Por esto mismo viene esta relación entre ira y violencia, pues la ira será el punto principal quien dará el paso a desarrollar la segunda que es una actividad física desencadenada de la emoción todo esto propiciado a la conducta humana. Esto puede desatarse por que el sujeto tiene estímulos como maltratos, injusticias, deseo de poseer algo o alguien, o pueden entrar factores físicos que argumentare más adelante.

2.1 VIOLENCIA EN MÉXICO

Anteriormente se mencionó que existen factores contextuales o empíricos, pues estos van a ser determinantes para el desarrollo de la violencia y aquí entra la agresividad, entendemos a ésta como “faltar al respeto, ofender o provocar a los demás, es decir, el comportamiento que se realiza sobre la víctima” (Barkowitz, 1996) el comportamiento socialmente agresivo ha estado presente en los seres humanos desde el principio sobre su existencia. Individualmente, a menudo se manifiesta desde los primeros años de vida, pero aun así la frecuencia disminuye gradualmente con el paso de los años. Sin embargo, todavía hay personas que permanecen agresivas en la edad adulta, por lo que el comportamiento agresivo ocurre en muchas situaciones diferentes contextos sociales como la familia, el entorno educativo y la ocupación. La agresividad tiene una connotación innata y esta se puede potencializar por el entorno, si tenemos un niño que crece en una sociedad donde está normalizada la violencia, los asaltos, los asesinatos, los robos, es altamente probable que su agresividad se potencialice y tenga conductas violentas como un modo de supervivencia por el lugar en el que vive. Los primeros años de cualquier ser humano en esencia son fundamentales porque absorben mucha información la cual queda atribuida en el inconsciente y muchas de estas terminan manifestándose en la vida adulta como conductas en ocasiones adversas las cuales le obstaculizan la socialización o el ser funcional en alguna de sus áreas de desarrollo.

Jose Sanmartín autor de la violencia y sus claves (Ariel, 2000) asegura que solo ente el 10 y el 20% de los tipos de violentos, incluidos los asesinos en serie, son personas con trastornos psiquiátricos de la personalidad y que la mayoría de los agresores son personas normales desde el punto de vista clínico. Admite que son personas con difícil o nula empatía, es decir, que no se inmuta ante el sufrimiento ajeno porque sienten la total incapacidad de ponerse en lugar del otro. Y al mismo tiempo, estos sujetos suelen tener una acusada colopatía o problemas para controlar la ira.

Los maltratadores pueden iniciar estos abusos por que el modelo de mujer que tienen en su vida no se ajusta a la idealización que ellos abordan sobre ellas, este se genera desde su educación ya que hay una prevalencia en conductas patriarcales o de tipo machista y recordemos que esto abarca la idea del poder masculino y la inferioridad de la mujer, es muy controversial que el machismo en México no está 100% detonado por los hombres, pues el estereotipo o el estigma viene desde la mujer, vemos que entonces este género se guía por servir y por complacer al género masculino por ende estas tendencias se vuelven transgeneracionales y actualmente vivimos la famosa equidad de género está incita a buscar las mismas oportunidades para ambos tengan las mismas oportunidades y del

mismo modo las mismas responsabilidades es cuando se empieza a detonar el estereotipo de la cultura y por ende la idealización del hombre en la mujer actual se quiebra generando conflictos violentos.

Las personas psicópatas se basan en trastornos de personalidad, entre ellas la psicosis, psicopatías y trastornos narcisistas, estos son más graves pues desarrollan muchísimo más los delitos sexuales culminando en muchas ocasiones con la muerte, en estos sujetos entran factores del neurodesarrollo pues se ha encontrado que la capacidad de empatía que está situada en el lóbulo frontal del cerebro la tienen dañada.

Recordemos que Muntane en 2012 considera la teoría de LeDoux o de Daniel Goleman sobre la inteligencia emocional. Ambos autores coinciden en la importancia del circuito cerebral por el que la percepción que llega de los sentidos se torna consciente. El camino de lo que vemos, oímos, gustamos o tocamos (percepción sensible) se produce desde los sentidos y camina hacia el tálamo, siendo el centro de la recepción cerebral. De allí, una parte de esta sensación perceptiva se dirige a la amígdala que es un pequeño núcleo albergado en la zona que se denomina sistema límbico que es el que rige las emociones, denominado por los autores como “inteligencia emocional”

Aquellos que sufren de los trastornos antes mencionados tiene impulsos de ira más repentinos porque no se le atribuye la razón, solo la emoción Goleman igual nos comenta “la respuesta de la amígdala es mucho más rápida, aunque emotiva e inconsciente. Pero a veces, esta rapidez de la respuesta intuitiva puede salvarnos la vida. la respuesta del neocórtex, en cambio, será consciente y razonada y naturalmente, mucho más segura.” (M.D. Muntané, 2012, pp 7).

Esto afirma que la conexión entre percepción y acción estarán siempre de la mano y es por ello que los psicópatas al tener alteraciones de su realidad desatan su ira en las acciones violentas, abordando nuestro contexto social actual en el Estado de México encontramos muchas situaciones de violencia como asaltos, homicidios, feminicidios, maltrato, secuestros, por mencionar solo algunos. La incidencia de estos actos en dicha entidad se desarrolla más en la zona norte como son los.

Municipios de Tlalnepantla, Cuautitlán Izcalli, Naucalpan y en algunos casos en Toluca, de 2016 a 2020 durante el mes de enero de cada año el delito más cometido en el Estado de México es el robo de vehículos destacando enero de 2018 año en que se cometió más dicho atraco. (IEL, 2020, pp 5)

Si bien esta entidad destaca por un contexto violento que ultraja la serenidad de sus habitantes no obstante a eso de acuerdo con el Instituto de Estudios Legislativos en el año 2019.

La violencia familiar incrementó el 84%; el narcomenudeo el 51%; la extorsión el 36%; las lesiones el 31%; el robo a casa habitación el 16%; y el robo a negocios el 14%. En cuanto a los delitos que disminuyeron en comparación de los atracos cometidos en enero de 2019 los feminicidios disminuyeron el 44%; las violaciones el 35%; los homicidios el 24%; el robo con vehículos a pesar de ser el de mayor 6 incidencia en 2020 disminuyó el

14% en comparación con el número de delitos cometidos en 2019, finalmente el secuestro disminuyó el 5%.

Podemos observar en la IMAGEN 1 el incremento de acuerdo con el semáforo delictivo del Estado de México, el rubro que cumple cada tipo de violencia destacando la violencia familiar la cual entra en este estudio que hemos estado abordando. Este semáforo se basa en una “meta” de lo que se espera de acuerdo con años pasados ya sea que se incrementen, se mantengan o bajen que es lo esperado.

Delitos cometidos en enero 2019											
	Homicidios	Lesiones	Robo de vehículo	Robo a negocios	Robo a casa habitación	Violencia familiar	Violación	Feminicidios	Secuestro	Extorsión	Narco menudeo
Delitos cometidos	181	3346	3717	1081	802	881	117	5	18	193	336
Media	192	3615	4146	956	686	622	164	8	15	144	194
Meta	144	2711	3109	717	115	467	123	6	11	108	145

IMAGEN 1

Clasificación de actos delictivos en el Estado de México, de acuerdo al semáforo delictivo en el año 2019

En los últimos años se a desatado la desaparición de personas en esta entidad, entrando en el rubro de secuestro, la mayoría de estas conductas tienen una vinculación afectiva y se destacan más los actos con las mujeres, poniendo en cuenta que la violencia puede iniciar desde un primer encuentro, durante o después de una relación amorosa.

Menciona el IEL en el año 2020 que en el Estado de México se entregó un plan para erradicar y prevenir la desaparición, que es otro de los temas de violencia que ocurren en la entidad mexicana, es una estrategia que involucra al Poder judicial, la Fiscalía General de Justicia, la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMEX) Instituto de Seguridad Social y desarrollo de municipios y los ayuntamientos de Toluca, Ecatepec, Nezahualcóyotl, Cuautitlán Izcalli, Chimalhuacán, Ixtapaluca y Valle de Chalco, los municipios mencionados se unen a este plan para combatir la desaparición que hay en el estado y los municipios, que las personas tomen conciencia y se unan a un plan o movimiento es señal de que los ciudadanos quieren ser escuchados por las autoridades.

Este plan fue obtenido por la Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la violencia contra las mujeres (Conavim) del gobierno federal. Otorgando referencias en el cual se abarcan los municipios más violentos hasta dicho año (IMAGEN 2)

Tasa 100,000 Mensual				
	Entidad/Municipio	Incidentes	Población	Valor
●	Edo. de México	18	15,175,862	0.1
●	Ixtapaluca	2	467,361	0.4
●	Chalco	1	310,130	0.3
●	Chimalhuacán	1	614,453	0.2
●	Tultitlán	1	574,074	0.2
●	Ecatepec de Morelos	1	1,656,107	0.1
●	Nezahualcóyotl	1	1,110,565	0.1
●	Almoloya de Juárez	1		0

IMAGEN 2

Referencia geográfica de secuestros en los municipios del Estado de México en el año 2019.

Durante estos últimos años se implementó la alerta de género o la policía de género la cual tiene como objetivo resguardar la integridad de las mexiquenses, dicha acción refleja las deficiencias de seguridad que tiene este Estado durante varios años, durante el 2019 en donde se muestra que en 11 municipios del estado de México fueron alertados sobre alerta de género, debido a múltiples casos de mujeres que han sido violentadas en registros desde hace una década, un mecanismo que por primera vez se aplica en México para detener las agresiones que llegan a convertirse en feminicidios.

Al aprobarse esta alerta de género se busca que “la Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida Libre de Violencia establece que la alerta de género son acciones gubernamentales para erradicar y enfrentar la violencia contra las mujeres” (LGAMLV, 2007)

Tomando en cuenta la vulnerabilidad de las víctimas se declaró que las afectadas deben tener un acceso rápido y efectivo a la justicia, para tener acceso funcional y oportuno al sistema legal. El gobierno debe brindar asistencia médica legal, servicios psicológicos especializados y gratuitos.

2.2 ANTECEDENTES

Si bien la violencia contra las mujeres no es un fenómeno nuevo, su reconocimiento, visualización y transformación de un problema privado a un problema social es relativamente reciente. Muchos expertos coinciden en que las sociedades prehistóricas eran más igualitarias que las modernas, al menos en el reparto de tareas entre hombres y mujeres. Las investigaciones etnográficas muestran que en tiempos prehistóricos era extraño encontrar actividades reservadas a hombres o mujeres.

Por lo tanto, se dedican no sólo a los niños sino también a la caza, la pesca, la agricultura o cualquier otra cosa que sea necesaria, ya que la división de roles entre sexos actúa como una estrategia de la sociedad para lograr un mayor éxito en la explotación de los recursos.

Hay registros de que la arqueóloga española y conservadora del Museo de Prehistoria de Valencia, María Jesús de Pedro, encontró cráneos de mujeres fechados en la Edad del Cobre o Calcolítico (año 3.000 antes de Cristo) que presentaban fisuras óseas, probablemente por "agresiones" que "les causaron la muerte" (Levante,2009), mucha gente remonta los orígenes de la violencia de género, o "machismo", a la antigua Roma, donde el padre de familia tenía poder sobre todos aquellos con quienes vivía; Se pensaba que la mujer es inferior y, por tanto, puede ser vendida, castigada o asesinada por su propia voluntad. Esto contrasta con el antiguo Egipto, donde las mujeres parecían tener los mismos derechos económicos y legales que los hombres y eran consideradas heroínas.

Si bien podemos analizar que el factor o concepto de violencia se conserva de acuerdo a la cultura, ya que en algunas la equidad siempre existió y la injusticia por su parte en otras culturas era una naturalidad, aquí vamos nuevamente con el tema de habituación si nos desarrollamos en un entorno hostil mis tendencias agresivas aumentan porque mi estímulo es excitado a las dosis perceptivas concluyendo con la acción violenta un empujón, un golpe, hasta inducir la muerte. Recordemos que en épocas más antiguas se manifestaban sacrificios con el hecho de brindar una ofrenda y naturalmente se ofrendaban a mujeres vírgenes esto nuevamente expone los actos de crueldad y violencia por el hecho de sistemas de creencias arraigados por cada cultura.

Son muchos y antiguos los ejemplos de desigualdades y discriminaciones hacia la mujer; por ejemplo, en el año 400 a.C., las leyes de Bizancio establecen que el marido era un "dios" al que la mujer debía adorar, en la India si un esposo moría, su mujer era quemada viva junto al cadáver, siendo esto una de sus obligaciones como esposa. Además, eran motivo de repudio las mujeres que no podían tener hijos o las que parían sólo hijas. O bien en comunidades de Irán y Etiopía nacer mujer era una deshonra; incluso este vocablo era sinónimo de bajeza, debilidad y desgracia, en Grecia cuando la pareja era acusada de cometer un delito, la pena sólo se imponía a la mujer. Según las normas islámicas, la mujer casada es propiedad privada del marido. El Corán estipula como deber del hombre pegarle a la esposa rebelde, así como el encierro perpetuo de las infieles en la casa. Se exonera de responsabilidad penal al esposo cuya mujer falleciera como resultado de una golpiza con lo que ellos postulaban con fines educativos, incluso en la Edad Media se afianzaron muchas de las ideas de desigualdad de las mujeres que aún siguen vigentes. Los nobles golpeaban a sus esposas con la misma regularidad que a sus sirvientes, Inglaterra impulsó la llamada "Regla del Dedo Pulgar", en donde el esposo tenía derecho a golpear a su pareja con una vara no más gruesa que el dedo pulgar, para someterla a su obediencia.

En sociología, el patriarcado se entiende como una forma de familia, cuyo centro es el padre o marido, el cabeza de familia. Sus orígenes parecen residir en el surgimiento de la agricultura y la propiedad privada -una sociedad feudal- en la que el poder, la guerra y las actividades económicas y sociales se convirtieron en responsabilidades, en un monopolio masculino del pueblo.

Esta es la razón por la cual transgeneracionalmente se ha formado el tipo de pensamiento estereotipado como si fuera un pacto social, aunque por las mismas y nuevas regulaciones que se implementan estas tendencias entran en un choque argumentativo con las viejas y actuales generaciones, actuando de este modo como formaciones ajenas a las que se iban representando. La violencia antes no tenía un argumento clasificado se le llamaba violencia a todo acto que contuviera maltrato a otro sujeto ya sea de manera verbal, psicológica y física es por ello que con las nuevas investigaciones sociales se ha optado por generar un mayor abordaje y no dejarlo como un testimonio de las víctimas sin una razón o sin una tipología es por ello que los tipos de violencia durante estos últimos años son más escuchados pues esto ayuda a dictaminar dichos actos violentos.

2.3 TIPOS

Al hablar de violencia comentemos el error de generalizar un factor que se le atribuyen varias tipologías las cuales abordaremos. Existen muchos tipos de violencia actualmente ya que los incrementos de dicho acto han experimentado nuevas formas de promoverlo. globalmente nos enfocaremos en 5 de las cuales se desprenden los subtipos de dichas acciones.

Estas abarcan maltratos físicos, psicológicos, emocionales, sexuales, económicos, incluida cualquier tipo de amenaza que se le atribuya a cualquier persona, sin implicar el tipo de género, todas estas son las más comunes a nivel mundial actualmente.

La violencia en el ámbito privado puede incluir diferentes categorías, entre ellas se encuentran:

Violencia económica.

Supone lograr o intentar conseguir la dependencia económica de otra persona, manteniendo un control total sobre sus recursos económicos, impidiéndole el acceso a ellos y prohibiéndole trabajar o viajar.

Violencia psicológica.

Implica causar miedo mediante la intimidación; amenazar con daño físico a una persona, su pareja o hijos o causar daño a sus mascotas o propiedad; someter a una persona a violencia psicológica u obligarla a aislarse de amigos, familiares, escuela o trabajo.

Violencia emocional.

Conlleva socavar la autoestima de una persona criticándola constantemente, subestimando sus capacidades, insultándola o sometiéndola a otras formas de abuso. perjudicar la relación de pareja con sus hijos; o impedir que la pareja vea a familiares o amigos.

Violencia física.

Causar o intentar dañar a una persona a través de golpes, quemaduras, forcejeos, pellizcos, empujones, bofetadas, tirones de cabello, mordidas, privarla de recibir tratamiento o forzando a consumir sustancias, así como cualquier otra forma de fuerza física en contra

de su voluntad, dentro de este apartado englobamos daños al patrimonio (artículos personales).

Violencia sexual.

Se trata de obligar a una persona a tener intimidad, así como cualquier tipo de actividad sexual a través de manipulación, chantaje, fuerza física o sin su consentimiento.

La distinción de cada tipo de violencia es de suma importancia debido a que en ocasiones una persona puede encontrarse viviendo algún tipo de violencia en su día a día sin percatarse de ello, en ese aspecto se destaca la importancia de aprender a detectar la violencia en situaciones diversas ya que cada una puede tener diferentes indicios así como diversos conflictos en la víctima violentada, es por ello que esta categoría, comprende los factores o los signos que manifiesta el tipo de violencia que se vive.

2.4 CLASIFICACIÓN

La magnitud y tipo de violencia influyen mucho en el desencadenante de acciones y daños que se le ocasionan a la víctima es por ello que tenemos una clasificación tomada del manual de operaciones del “Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual” que se encuentra en el capítulo 8 sección C, del cual seleccionamos el rubro al que pertenece dependiendo la detección del nivel de violencia que se encuentra.

Los protocolos de atención de acuerdo con dicha clasificación implican.

Violencia moderada.

Violencia severa.

Violencia extrema.

Violencia sexual.

Camino de retorno a la vida sin violencia.” (MIPAVFS, 2009)

¿Con qué frecuencia hablamos de "violencia extrema"? se considera una manifestación en el paradigma de la negación de toda la humanidad, ya que las víctimas a menudo "renacen" o "reducen" antes de ser destruidas, además de los juicios morales, es necesario cuestionar las circunstancias políticas, económicas y culturales que pueden conducir a tal comportamiento colectivo.

Torres (2001) propone una taxonomía constituida por cuatro fases que van de la violencia leve en donde hay actos agrupados que suelen tardar en sanar entre 15 y 60 días, y no ponen en peligro la vida del individuo, la violencia moderada que implica heridas que tardan más de 60 días en sanar, ubicándose en un rango no mayor de 6, la violencia grave en donde hay mutilaciones y lesiones definitivas, como la pérdida de alguna capacidad o

la atrofia de algún órgano interno y finalmente la violencia extrema que es el último momento de la violencia, llegando al homicidio.

Su enfoque está determinado en el área física ya que la finalidad de esta taxonomía es evidenciar el tiempo y los signos que manifiesta la víctima al ser violentada, para Torres la denominada violencia sexual se puede ejercer al llevar a cabo relaciones sexuales sin consentimiento (violación), mediante la práctica de actos sexuales no deseados y sin protección al embarazo, en el contagio de infecciones de transmisión sexual, al estar bajo la influencia de alguna sustancia, lastimando o lacerando los genitales durante el acto sexual, usando objetos o armas, o incluso forzando a ver películas y revistas pornográficas.

El camino de retorno a la vida libre de violencia enfatiza el dar a conocer a las víctimas una psicoeducación para que logren identificar los casos de abuso con esta ayuda, ellos podrán caer en retrospectiva a lo vivido y cómo fue este proceso de reestructuración, ya que se busca desarrollar habilidades de autocuidado en el cual validen sus emociones y así mismo reconozcan los lugares o personas que perturban su estabilidad física, psicológica y emocional.

Actualmente contamos con mucha información y una de ella es el “violentómetro” es un material didáctico que apoya de manera gráfica el entendimiento de esta taxonomía antes mencionada en el visualizamos estos signos que determinan el nivel de violencia y sirve como una guía de apoyo para alertar, comprender, apoyar o distinguir las prácticas violencias que se viven día a día, muchas veces en silencio. es un precursor para la identificación y con eso remitir o solicitar la ayuda necesaria.

Maneja tres colores verdes la cual categoriza como una violencia leve, el amarillo o naranja en el cual entra una violencia severa o grave y el rojo puntuándolo como la violencia extrema y que requiere de una atención urgente. Las manifestaciones que se mencionan no necesariamente tienen que ser de forma lineal, ya que muchas veces estas se viven de manera intercalada.

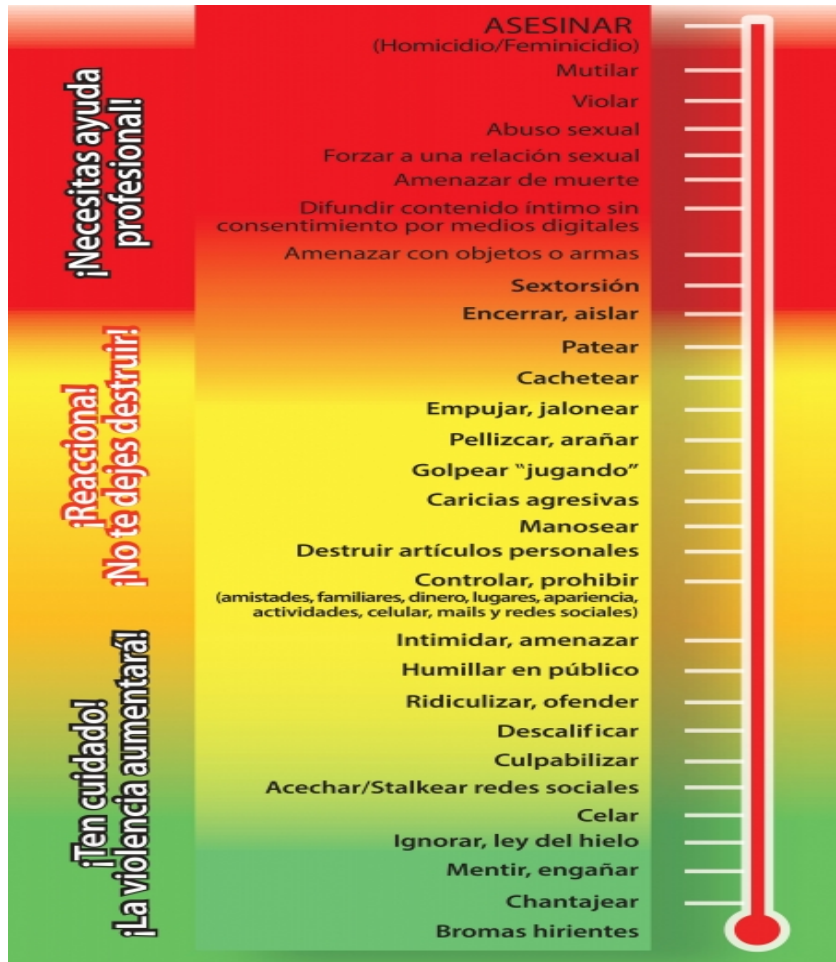


IMAGEN 3 Violentómetro de la universidad politécnica del año 2021, diagrama ejemplificando signos violentos dentro de vínculos sociales.

2.5 CICLO DE LA VIOLENCIA

La violencia puede afectar de manera impactante la psique humana, muchas veces es tan "habitual" vivir en situaciones conflictivas que pasa desapercibida la violencia hasta que se llega a un grado de dependencia del mismo agresor, esto puede provocar sentimientos recurrentes como la insuficiencia, la impotencia y llegará pensamientos limitantes que afectan a la persona y esto no le permita un desarrollo funcional.

En ocasiones se cree o se menciona el bucle sin fin de esta situación y en efecto se cumple con un ciclo que es como un sube y baja para aquellas víctimas que sufren cualquier tipo de violencia, llega a ser tan monótono que esto genera una incapacidad para poder salir de

dicho bucle o ciclo y se generan dependencias emocionales, psicológicas, económicas o de cualquier otra índole. de acuerdo con el manual de operación “Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual” (MIPAVFS,2009 pp, 21) “A esta incapacidad para enfrentar la situación en la que se encuentran se le ha denominado síndrome de indefensión aprendida, se refiere a las actitudes de aceptación, culpa y pasividad que suelen ser interpretadas erróneamente como falta de voluntad para enfrentar las agresiones”.

A pesar de la información que actualmente tenemos con el referente a la violencia, se sigue cayendo en el mismo estigma de que aquel que es víctima de algún tipo de violencia es porque ellos mismo lo buscan, encuentran la forma de verse perjudicados y no es el caso, todos estamos expuestos a casos de violencia el punto aquí es enfatizar en psicoeducar y dar a entender que la víctima no busca perjudicarse ni mucho menos provocar la violencia de su agresor, hay factores que influyen en este comportamiento y uno de ellos es el miedo al enfrentar y buscar ayuda por el mismo estigma que se mencionó con anterioridad.

En esta imagen podemos observar el ciclo de violencia que básicamente consta de 6 etapas, mismas que pueden oscilar en la duración e intensidad dependiendo la situación y el contexto.

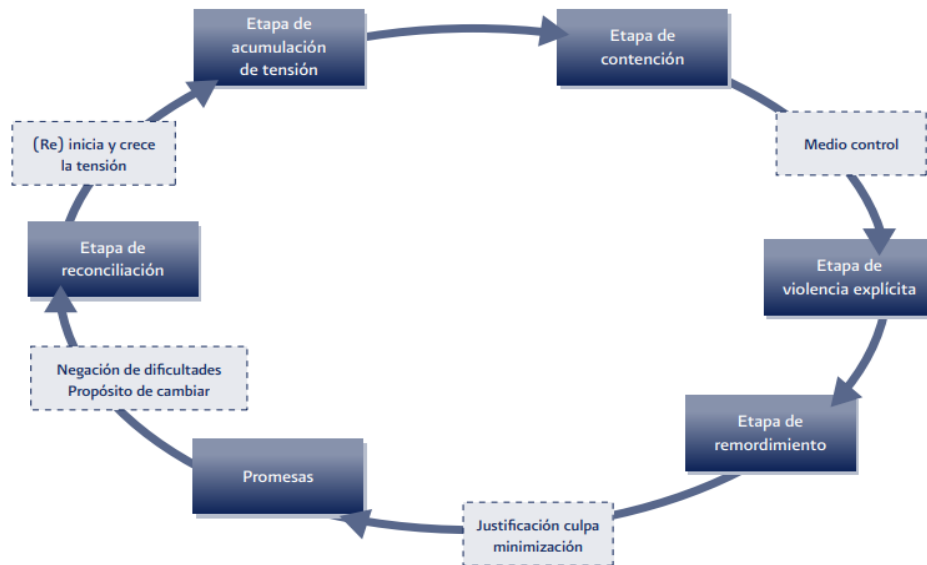


IMAGEN 4
Diagrama del ciclo de la violencia, modelo integrado para la prevención y atención de la violencia familiar y sexual 2009.

CAPÍTULO 3 - VÍCTIMA

De acuerdo con la ONU en 1985, durante su asamblea general; en la declaración sobre los principios fundamentales de justicia para las víctimas de delitos y del abuso de poder se entenderá por "víctimas" las personas que, individual o colectivamente, hayan sufrido daños, inclusive lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdida financiera o menoscabo sustancial de los derechos fundamentales, como consecuencia de acciones u omisiones que violen la legislación penal vigente en los Estados Miembros, incluida la que proscribe el abuso de poder, con dicha definición podemos abarcar que actualmente existen tres tipos de víctimas, de acuerdo al artículo 4 de la ley mexicana en donde se categorizan en tres grupos primeramente las víctimas directas que son aquellas personas físicas que hayan sufrido algún daño o menoscabo económico, físico, mental, emocional, o en general cualquiera puesta en peligro o lesión a sus bienes jurídicos o derechos como consecuencia de la comisión de un delito o violaciones a sus derechos humanos reconocidos en la Constitución y en los Tratados Internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte. Víctimas indirectas siendo los familiares o aquellas personas físicas a cargo de la víctima directa que tengan una relación inmediata con ella y finalmente las víctimas potenciales que son las personas físicas cuya integridad física o derechos peligren por prestar asistencia a la víctima.

Al reconocer la clasificación de víctimas podemos enfocar la definición a algo más estructurado y complementado con el fin de entender a la victimología, como el estudio de la "víctima" la cual es aquella persona afectada de manera física, psicológica y/o emocional por otro individuo o instituciones ya sea daño por acción u omisión. La noción que abordaremos tiene sustento desde estas clasificaciones por el supuesto de las consecuencias que las personas dañadas abarcan es aspectos biopsicosociales pues hablando desde un punto contextual los afectados primarios o directos son los que recaen en los abusos normalizados desde cierto punto en nuestra sociedad y así mismo conllevan a su estructura social, familiar y afectiva pues caen dentro de las víctimas indirectas por ser en muchos casos quienes igual se percatan de situaciones de violencia.

Actualmente hay un estudio preciso para las víctimas, conocida como victimología es una rama de la criminología en la cual se estudia a la víctima y sus principales características, término acuñado por el psiquiatra Fredric Wertham lo maneja como una disciplina científica pues también se manifiestan las diversas fases de victimización, este estudio

ayuda a otorgar el acercamiento y tratamiento adecuado para las personas que padecieron la agresión como sus allegados, familia, amigos, etc. Ya que con anterioridad la criminología se centraba en el estudio del crimen y del delincuente, dejando de lado a la víctima y sus consecuencias un poco más de índole psicológico.

La victimología se centrará en la atención a personas con mayor vulnerabilidad y que por consiguiente son más propensas a caer en actos de agresión y recaer si es el caso, por eso es preciso identificar cómo los grupos vulnerables pueden afectarse ante dicha acción y cuáles son los mecanismos de acción para su protección, con esto concretamente se analizará qué factores provocan que una persona sea propensa a ser víctima ya sea provocada por una segunda persona o también por su propio accionar, la relación entre los hechos y la ley aplicable y los posibles daños, así como la relación entre los aspectos que pueden llevar a que una persona se convierta en víctima y la ocurrencia de un delito.

Como ciencia que estudia a las víctimas de infracciones penales, numerosos autores han realizado diversas clasificaciones sobre tipologías de víctimas, una de ellas es la de Jiménez de Asúa, quien divide a las víctimas en: Víctima determinada la cual es considerada como tal aquella que es escogida voluntariamente por el criminal, no siendo su elección producto del azar. Un ejemplo serían los crímenes pasionales, venganzas o crímenes llevados a cabo por familiares o allegados, víctima indiferente escogida al azar y el crimen podría realizarse con cualquier otra persona sin que ello produjera ningún cambio en el criminal. Un ejemplo de ello podrían ser el fraude o los timos, como los trileros. También se observa en algunos actos criminales llevados a cabo por psicópatas y asesinos en serie. Finalmente, la víctima resistente a la cual es capaz de presentar resistencia y defenderse, o que es atacada a causa de o a sabiendas de que el sujeto iba a defenderse y la víctima coadyuvante en donde no siempre que se da una situación en que un sujeto es víctima de un crimen éste es un sujeto sin vinculación con el hecho criminal. De este modo, existen víctimas que participan de forma activa en el delito, si bien es posible que actúe bajo coacción (Jiménez, L, 1961).

Además de examinar a las víctimas y cómo se convirtieron en víctimas, la victimología juega un papel muy importante en la respuesta posterior al delito, en particular, el alcance de su investigación le permite crear servicios para las víctimas, participando con psicólogos y otros profesionales en la preparación de programas de apoyo, como el establecimiento de centros de crisis, apartamentos de guardias oficiales y programas de protección de testigos. De manera similar, la información y el apoyo brindados a las víctimas suelen ser los servicios más importantes.

Por otro lado, los intentos realizados por suprimir la dinámica de las relaciones personales a menudo conducen a la apariencia de victimización. Por tanto, la victimología se cruza con muchos campos de la psicología y la ciencia forense.

Como disciplina científica con estrechos vínculos con las víctimas del delito, la victimología debe ser especialmente cuidadosa en los procedimientos que utiliza en sus actividades. Cabe señalar que la víctima de un delito, además de tener que soportar el delito en sí, también tiene que soportar el estrés, estrés que surge durante la investigación

(vivir también el hecho, muchas veces traumático) y después debe afrontar sus consecuencias (física, mental, social o laboral) causada por el delito.

En este sentido, la victimología, cuando se aplica en la práctica, debe esforzarse en no causar victimización secundaria y/o terciaria, es decir, debe buscar prevenir daños a las víctimas simplemente relatando, repitiendo o reviviendo la experiencia traumática, ambas cosas. a nivel institucional y social. La psicología es pieza fundamental en el apoyo de tratamiento ya que la parte empática fortalece las alianzas terapéuticas en estos casos de crisis, la resolución de conflictos y una guía en una construcción más estable de la psique humana, el trabajo en conjunto favorece la salida más rápida de las víctimas de tal modo que con enfrentamiento a la realidad y a su funcionalidad es más regulada.

Teniendo en cuenta las cifras de las personas que han vivido violencia en México en los últimos años, encontramos que actualmente en México el incremento de víctimas de violencia ha aumentado en los últimos años, se desató una ola de violencia a partir de la pandemia suscitada en el 2020, 2021, a nivel nacional, del total de mujeres de 15 años y más, 70.1 % han experimentado al menos un incidente de violencia, que puede ser psicológica, económica, patrimonial, física, sexual o discriminación en al menos un ámbito y ejercida por cualquier persona agresora a lo largo de su vida.

La violencia psicológica es la que presenta mayor prevalencia (51.6 %), seguida de la violencia sexual (49.7 %), la violencia física (34.7 %) y la violencia económica, patrimonial y/o discriminación (27.4 %). Mientras que, de octubre 2020 a octubre 2021, 42.8 % de las de mujeres de 15 años y más experimentaron algún tipo de violencia, la violencia psicológica es la que presenta mayor prevalencia (29.4 %), seguida de la violencia sexual (23.3 %), la violencia económica, patrimonial y/o discriminación (16.2 %) y la violencia física (10.2 %) según la INEGI en 2021.

Aquí observamos la distinción de abuso del año 2016 como una referencia y posteriormente el incremento de casos de violencia en el año 2020. (IMAGEN 5)

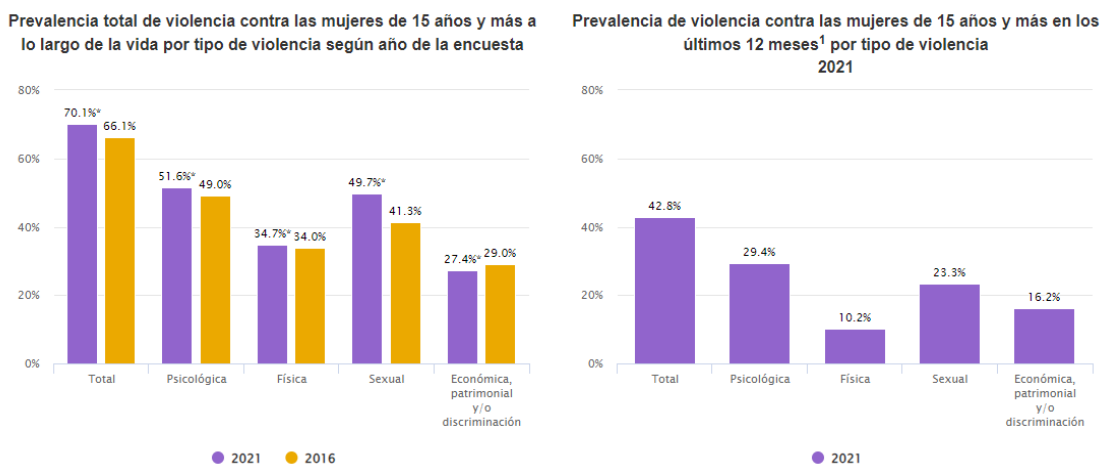


IMAGEN 5

1 corresponde al periodo de octubre de 2020 a octubre de 2021.

En estos casos sí existió un cambio estadísticamente significativo con respecto del ejercicio anterior.

Se observa que incrementó porcentualmente la violencia física, psicológica y sexual en este rango de estudio del año 2016 al 2021, por entidades federativas el Estado de México se posiciona en primer lugar con un 78.6% de víctimas que han experimentado violencia a lo largo de su vida en los últimos años lo que nos da un panorama de la crisis actual que se vive en este estado.

Según con la ENDIREH, 2021 la prevalencia de violencia (de cualquier tipo a lo largo de la vida) contra las mujeres de 15 años y más en México, muestra que aquéllas que experimentan mayor violencia son: las que residen en áreas urbanas (73.0 %); de edades entre 25 y 34 años (75.0 %); quienes cuentan con un nivel de escolaridad superior (77.9 %) y las que se encuentran separadas, divorciadas o viudas (74.0 %).

Mostrando la incidencia de la violencia entre mujeres de 15 y más años por tipo de violencia y por las siguientes características en el área (rural y urbana), edad, escolaridad y la situación conyugal muestra el incremento en comparativa al primer año de estudio, la violencia en zonas urbanas es más predominante y con mayores porcentajes.

Área	Total		Psicológica		Económica o patrimonial y/o discriminación		Física		Sexual	
	2021	2016	2021	2016	2021	2016	2021	2016	2021	2016
Rural	60.3%	54.2%	44.1%	40.9%	23.5%	23.0%	31.9%	28.9%	32.6%	24.3%
Urbano	73.0%	69.3%	53.8%	51.2%	28.6%	30.6%	35.6%	35.3%	54.8%	45.9%

- Más de 70.0%
- De 60.1% a 70.0%
- De 50.1% a 60.0%
- De 40.1% a 50.0%
- De 30.1% a 40.0%
- De 20.1% a 30.0%
- Hasta 20.0%

IMAGEN 6

Corresponde al periodo 2016 a 2021.

La zona urbana es quien presenta más incidencia en el factor riesgo de violencia, teniendo en cuenta que la vulnerabilidad en esta área del país reincide cada año y aumenta las probabilidades de víctimas entrando ya en una normalización patológica.

3.1 GRUPOS VULNERABLES

Entendemos por vulnerable a aquel sector que es más propenso a caer en alguna situación que afecte su integridad física, psicológica y emocional, también la humillación generalizada a una condición específica con lo que les une, con los prejuicios sociales que se han planteado que les rodea o por la situación histórica opresión o injusticia, ultrajando sus derechos fundamentales.

Este concepto igual aplica para clasificaciones como sexo, edad, origen étnico, estado civil o cualquiera que este propenso a un riesgo, impidiendo de esta forma su incorporación a una vida funcional.

El Plan Nacional de Desarrollo (PND, 2003) definió la vulnerabilidad basándose en la consecuencia de desventajas y una mayor posibilidad de vulneración de derechos, provocadas por un conjunto de causas sociales y de algunas características personales y/o culturales. Se consideran como grupos en situación de vulnerabilidad a grupos poblacionales como las niñas, los niños y jóvenes en situación de calle, los migrantes, las personas con discapacidad, los adultos mayores y la población indígena, en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia en 2018 se concibió a la vulnerabilidad como un fenómeno de desajustes sociales que ha crecido y se ha arraigado en nuestras sociedades. La acumulación de desventajas es multicausal y adquiere varias dimensiones implicando carencias o ausencia de elementos esenciales para la subsistencia y el desarrollo personal, e insuficiencia de las herramientas necesarias para abandonar situaciones en desventaja, estructurales o coyunturales.

En México existen muchos grupos vulnerables ya que sus derechos se encuentran desvalidos y al ser una población discriminada no recibe la atención necesaria generando la transgresión a su integridad. El problema surge cuando la sociedad ignora la seriedad de una situación en la que un grupo de personas se encuentran en deficiencia como por ejemplo la violencia.

La CONAPRED en 2003 define la discriminación como una práctica cotidiana que consiste en dar un trato desfavorable o de desprecio inmerecido a determinada persona o grupo, que a veces no percibimos, pero que probablemente hemos causado o recibido, La discriminación son situaciones negativas para cualquier persona pues la pérdida de derechos por la marginación y desigualdad afecta en todas las áreas biopsicosociales del ser humano, esto puede inclinar a acciones que desaten una desintegración como vivir violencia o perder la vida. Esta puede iniciar con negarle el derecho de estudio a alguien, aprender una profesión o ejercerla, el derecho de admisión a determinados sitios, establecer diferentes jornadas laborales y/o salarios, las condiciones laborales, negar apoyos de salud, impedir condiciones equitativas, limitar información de relevancia a la población, impedir, negar o condicionar el acceso a crecimientos laborales por cuestión de etnia o género.

Existen muchos sectores sociales que debido a contemplar las mismas características o condiciones tienden a vulnerar sus derechos y por ende tienden a ser agredidos o afectados. En esta ocasión enfocare la conceptualización solo a tres grupos: mujeres, niños, niñas y adolescentes (menores de 18 años) y comunidad LGBTTIQ+.

Principalmente las mujeres enmarcan estos grupos ya que a lo largo de la historia se le ha catalogado como un género inferior en cuanto aspectos físicos y en ocasiones mentales, esto marca que las tendencias violentas y discriminatorias perjudiquen sus derechos. A lo largo de los años estos derechos se han peleado para obteniendo grandes avances en los sistemas jurídicos de diversos países, creando leyes de protección a la mujer, normas y

reglamentos involucrando el trato digno para ellas; esto ayuda a agilizar a los sectores de apoyo en caso de violencia o vulneración de derechos.

El desarrollo de la promoción libre de violencia abarca a los niños, niñas y adolescentes (menores de 18 años) el principio de esto es manejar infancias libres de daños y perjuicios dejándoles la oportunidad y el derecho a la elección y a una vida segura con todo aquello que éste prevé en cada etapa de su desarrollo. Se le considera grupo vulnerable porque están en una etapa de desarrollo muy voluble y por ende las afectaciones físicas, emocionales y psicológicas afectan más, pues en primera parte no se verán ciertas acciones si no ya siendo adultos muchas condiciones negligentes resaltan precisamente en esta etapa de la vida y puede desarrollar a un nuevo agresor, por eso es importante cuidar de las infancias porque es el comienzo de todo.

Conforme el ser humano crece va definiéndose como persona que le gusta, que le interesa y también que no puede entrar en su sistema de creencias; la comunidad LGBTTIQ+ es parte de esta vulnerabilidad aunque no es algo muy nuevo, su visibilidad a tenido alto impacto en los últimos años, siendo el punto focal de muchas acciones denigrantes, violentas y marginadas con sectores de la población que no comparten su pensamiento si bien esta orientación es un derecho a la elección es así que al no ser un pensamiento global es mira de muchos agravios físicos, psicológicos y emocionales. Estas movilizaciones comunitarias o protestas buscan defender sus derechos al igual que cualquier otra persona, ser libres de acoso, burlas, humillaciones y hasta asesinatos, recordemos que hay factores psicológicos que alteran la psique humana y desarrollan acciones violentas a ciertos grupos de personas en este grupo podemos encontrar a los transfóbicos optando por este miedo irracionales a personas transexuales lo que conlleva a maltratar, violentar y hasta matar por sus mismas afecciones psicológicas. Es así que la Igualdad de derechos y justicia sexual busca respetar la diversidad de formas expresión de género humano, sin importar sexo, edad, raza, clase social, religión, preferencia sexual o limitaciones físicas o emocionales.

Es así como por dichas razones, de acuerdo con el informe de la CNDH, 2022 trabaja en la protección, defensa, promoción, observancia, estudio y divulgación de los derechos correspondientes a estos grupos, a través de programas de atención específicos con la finalidad de focalizar los esfuerzos de este organismo por ayudar a las víctimas a restablecer los derechos que como personas les pertenecen. De tal modo que se establecen mecanismos de prevención que ayudan a eliminar los riesgos a los que frecuentemente se exponen, mencionando que la observancia es un instrumento eficaz que coadyuva en la protección de los derechos de estos grupos vulnerables, se desarrolla de manera transversal relacionando temas con estos grupos vulnerables, y en los que la CNDH focaliza su trabajo principalmente personas migrantes, víctimas del delito, personas desaparecidas, niñez y familia, sexualidad, salud y VIH, igualdad entre mujeres y hombres, periodistas y defensores civiles, contra la trata de personas, pueblos y comunidades indígenas, personas con discapacidad, sistema penitenciario, derechos laborales y sociales, derechos económicos, culturales y ambientales, entre algunas otras.

Se han denunciado casos de violencia física en todo el mundo, emocional y/o sexual, externo, familiar o en personas de confianza. Es preciso darles enfoque a los grupos

vulnerables, nadie está exento de sufrir algún daño, como se llega a mencionar el contexto influye en la recepción de estas acciones pues la habituación es un factor de la sociedad, lo cual nos da un grado de tolerancia y es por esto que la persona que es violentada no se percata hasta que la crisis está en su punto más amenazante.

La importancia de crear grupos de ayuda o leyes manifiestan la acción que como población busca mejorar los estándares de sana convivencia, ejerciendo un estado de respeto mutuo

CAPÍTULO 4 - NORMATIVIDAD

Es importante resaltar las leyes, reglamentos, normas, documentos, en México, que establecen una base legal y a los cuales hace referencia el presente taller proporcionando un sustento legal para el abordaje de víctimas de violencia de acuerdo con la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Última reforma publicada en el DOF el 27 de abril de 2010).

A través de ciertos Tratados Internacionales Vinculatorios como los son La Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), esta es considerada una herramienta clave para combatir la discriminación laboral contra las mujeres garantizar sus derechos en el ámbito laboral, entre estos podemos encontrar los permisos de maternidad, igualdad de salarios entre otras prestaciones han sido posibles gracias a esto.

Por otra parte, existe La Convención para la Sanción, Prevención y Atención de la Violencia contra las Mujeres (Belem do Pará), la cual establece una serie de principios fundamentales que guían la implementación de los derechos humanos, principalmente el derecho a una vida libre de violencia, la no discriminación, debida diligencia, la autonomía de la víctima de violencia, el acceso a la justicia, la coordinación y cooperación entre los estados para prevenir la violencia de genero.

Estos tratados internacionales son considerados los 2 instrumentos internacionales en materia de género más importantes que existen ya que a raíz de las obligaciones adoptadas en México se basa toda la legislación nacional en materia de derechos y protección a la mujer, víctimas de violencia e igualdad de género.

Las leyes por otra parte también nos permiten vislumbrar lo que se puede ejercer en materia de lo permisible o evitar en materia de lo prohibitivo, para la aplicación óptima de este taller buscamos acatarnos no solo a las leyes sino también a los reglamentos, entre los que destacamos; La Ley General de Salud (Vigente última reforma publicada en el DOF 24 de abril de 2010), La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. (DOF: 17 febrero 2007), La Ley de Igualdad entre Hombres y Mujeres (DOF: 2 agosto 2006), Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (Última reforma publicada DOF el 4 de diciembre de 2009),

Reglamento de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (DOF: 11 marzo 2008).

Por último debemos hacer hincapié ante las normas jurídicas que actualmente se encuentran vigentes en México, ya que a través de estas podemos tener reglas de comportamiento que establezcan nuestros deberes y principalmente estar informados ante los derechos que se nos confiere como profesionales de la salud mental para ejercer de manera óptima dicha intervención, las norma que regulan nuestra propuesta es la NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. (DOF: 24 de marzo 2009). Esta norma busca garantizar los protocolos o criterios de prevención y atención a víctimas en caso de violencia familiar o sexual para hospitales privados, públicos y en general para cualquier profesional de la salud.

4.1 PERFIL DEL TERAPEUTA

Es prudente abarcar el perfilamiento del profesional de la salud que busque implementar este taller ya que al tratar con un tema tan delicado como lo es la violencia, establecer los parámetros que debe cumplir dicho profesional permitirá el logro exitoso de los objetivos planteados.

El papel de él o la terapeuta debe incluir: haber recibido capacitación previa acerca de la perspectiva de género, la dinámica del ciclo de la violencia, conocer los parámetros del violentómetro para identificar el tipo de violencia que pudiera presentar el usuario y así poder orientarlo eficazmente, trabajar con el tema del poder que como terapeutas se nos asigna, la importancia de saber lidiar con su dolor para evitar el incumplimiento del código ético así como de la relación profesional, conocer los límites y reglas que las normas proporcionan con la finalidad de proteger y resguardar a una víctima de violencia, esto aplica tanto en una intervención grupal o individual (NOM-046), aceptar que la violencia sexual y familiar son delitos, reconocer que la terapia de familia o de pareja no es un método de intervención apropiado para pacientes que han experimentado o ejercido conductas violentas, admitir la validez del trabajo en grupo, ser empático y objetivo a la hora de tratar aspectos relacionados al problema, evitar cualquier tipo de discriminación en razón de religión, etnia, creencia, orientación sexual, raza o género, promover conductas de cambio hacia la solución del problema, que desmitifique la imagen de experta/o que aumente la asimetría de poder entre terapeuta y paciente.

Además, la conciencia juega un papel fundamental en este protocolo, como argumenta Batres en 2000 menciona que debe ser responsable por explorar sus propios valores y reconocerse como persona socializada en un mundo sexista, cuya transformación es indispensable. Es necesaria también una gran sensibilidad hacia la discriminación experimentada por la población vulnerable.

Así mismo cabe puntualizar la importancia de que el terapeuta debe contar con la capacitación o estudio previo acerca del enfoque psicológico cognitivo conductual, así como en la terapia breve, ya que será fundamental para la ejecución exitosa del taller, esto debido a que en esta propuesta no se contará con la descripción a profundidad del

desarrollo de técnicas o realización de actividades, estos serán responsabilidad del profesional a cargo de dirigir dicha intervención. Nuevamente hacemos énfasis en la importancia de tener experiencia previa en atender casos de violencia, así como un acercamiento a lo que es la violencia en México, esto debido al desgaste emocional que refleja este tipo de intervención, así como posibles casos en los que el terapeuta podría sentirse identificado.

Cecilia Loria Saviñón en su trabajo “Protocolo de contención emocional para profesionales que atienden a mujeres víctimas de violencia de género” argumenta que si el profesional no se conoce a sí mismos existe una alta probabilidad de repetir en forma automática e inconsciente pautas de conducta conocidas –a costa de la flexibilidad necesaria- cuando se está en contacto con situaciones de violencia que de alguna u otra manera remiten a vivencias similares. Al no percatarse de ello el personal que atiende a víctimas corre el riesgo de comprometer su ejercicio profesional con situaciones personales o asuntos inconclusos que conlleva de alguna manera implícita, violencia de género, sea esta vivida, infringida o presenciada” (Lora, pp 4, 2012).

La violencia de género se encuentra tan inmersa en el día a día que hace difícil darse cuenta de las defensas y reacciones inconscientes que se han implementado frente a ella, por eso es importante destacar la importancia de tener un perfil de terapeuta estricto, así como el mantener autocuidados que deriven en la importancia de la identificación emocional personal para evitar proyectarlos o transferirlos.

CAPÍTULO 5 - ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL DE BECK

Aaron Temkin Beck, psiquiatra y profesor estadounidense, en la década de 1960, desarrolló un sistema de psicoterapia llamado terapia cognitiva, también conocida como terapia cognitivo-conductual o TCC. Se le considera el pionero de esta terapia ya que sus estudios abarcan técnicas como para el tratamiento de la depresión, desarrollando evaluaciones para la detección de la ansiedad y depresión, instrumentos que en la actualidad siguen apoyando al diagnóstico de estos trastornos, junto con su hija la psicóloga Judith S. Beck fundaron una organización sin fines de lucro el cual ayudaba a brindar tratamiento, pero así mismo era precursora de conocimiento siento un lugar para el desarrollo e investigación de sus teorías. Beck es conocido por sus investigaciones en los campos de la psicoterapia, la psicopatología, el suicidio y la psicometría.

Según la terapia cognitiva, considera una relación entre el pensamiento, aquello que la persona se dice a sí misma por momentos o situaciones que vive en conjunto con otras personas; y también los sentimientos y las emociones, esto influye en la reacción del sujeto modificando o accionando su comportamiento ante la conducta de alguien más o de la situación al que está expuesto.

Dependiendo de la intensidad de nuestras emociones, el comportamiento se ve alterado llevándolo a una desadaptación, de tal modo que la persona entra en estados críticos y empeorando conforme pasa el tiempo, generando distorsiones perceptivas, pues la información que poseemos en ese momento puede resultar alterada por la condición en la que está. Así podemos sacar conclusiones negativas o erróneas para tomar una correcta elección, pues la persona se centra en su espacio tiempo, evadiendo de forma inconsciente otra información disponible, realista y constructiva, cometiendo errores de razonamiento o malas interpretaciones.

Todos estamos expuestos a cometer errores esto puede deberse por influencia, es decir, la educación o mi sistema de creencias puede tener un alto impacto en la toma de decisión y por ende errores de interpretación, desarrollándose en algunos casos trastornos psicológicos.

Lo principal a tratar en esta terapia es psicoeducar a la persona con la relación de situación - pensamiento automáticos, generando sentimientos y emociones resultando así los

comportamientos. De esta manera la persona práctica la distinción, identificación y el cuestionamiento para poder comprender las distorsiones o los pensamientos irracionales, en compañía del profesional de la salud se buscará una forma de pensamiento más realista y constructiva. La inducción a este tipo de nuevos procesos cognitivos facilita la percepción y la integración de la información a la persona ante sus problemas y síntomas que aborda en ese momento, también mejorará su estado anímico y a la manera de reaccionar ante obstáculos los cuales aprenderá a otorgar una solución sin caer en desaliento.

La psicología cognitiva es una rama de la psicología que se ocupa de los procesos mediante los cuales los pacientes adquieren conocimiento sobre el mundo y toman conciencia de su entorno y sus efectos. Los modelos cognitivos precisan en las cogniciones, estas son las ideas, las creencias, las imágenes, el constructo, el sentido y significado de las cosas, como las expectativas, entre otras; por eso su estudio se basa en los procesos básicos tales como la atención, la memoria, la formación de conceptos, el procesamiento, solución de conflictos.

El modelo de Aaron Beck gira principalmente en los pensamientos automáticos y en las distorsiones cognitivas, basada en el empirismo colaborativo. De acuerdo con su teoría los esquemas son edificaciones mentales subjetivas, más o menos estables, estas trabajan a manera de filtraje a la hora que el sujeto percibe su entorno, estos esquemas a medida son empíricos pues los aprendizajes previos, permanecen latentes hasta que algo los reactiva, ya sea un evento significativo, esto también se puede conocer como un antecedente pues en este existen las primeras impresiones.

Las creencias van a ser el contenido de nuestros esquemas, dando por resultado una relación entre realidad e idea, podemos ejemplificarlas como esquemas mentales que nos dan un sentido de construcción para todo aquello que nos rodea. Están las creencias nucleares: Se presentan como afirmaciones absolutas, estables y comprensivas sobre uno mismo, los demás o el mundo. Representan el nivel más profundo de conciencia, son difíciles de cambiar, proporcionan un sentido de identidad y tienen características distintas. Y las creencias periféricas: Incluyen actitudes, principios y suposiciones. Por lo tanto, influyen en cómo se percibe una situación, y esta perspectiva influye en cómo una persona siente, actúa y piensa. Esto genera productos cognitivos que hacen énfasis a los pensamientos y reproducción que se exponen por la interacción de la información otorgada por los esquemas, las creencias y los procesos cognitivos, estos productos son más accesibles en la consciencia que los esquemas y los procesos cognitivos.

Para Beck los trastornos psicológicos son el resultado de las distorsiones cognitivas, que se atribuyen a pensamientos erróneos y aparecen en forma de pensamientos involuntarios, ante determinadas situaciones produciendo estados anímicos y conductas inadecuadas; generados por el sistema de creencia de la persona afectando el pasado, presente y futuro del sujeto. Cuando se sufre de depresión se vive en un estado de vulnerabilidad ante las situaciones cotidianas, postulando desde la primicia de los síntomas pues al activarse los esquemas y las distorsiones propician la cadena de síntomas depresivos.

Cuando la persona se enfrenta a este tipo de situaciones su esquema será el cimiento para modificar su cognición, ya que los esquemas se activan con determinado contexto a lo cual se le otorga una respuesta inadecuada, el primer síntoma depresivo está vinculado a la visión de uno mismo, del fondo y sobre todo del futuro. Estos esquemas inadecuados conllevan a cometer errores de procesamiento, siendo potenciales a padecer trastornos depresivos. Beck caracterizó a las personas deprimidas en una triada que muestra su visión negativa:

Sí mismo: las personas que padecen depresión suelen considerarse deficientes e inútiles.

Del mundo: Se sienten como derrotados socialmente y no están a la altura de las exigencias, ni tienen la capacidad de superar los obstáculos.

Del futuro: La persona que padece depresión piensa que esta situación no se puede modificar, por lo que seguirá así siempre. (IPSIA, SF).

Los sesgos van a permitir que el depresivo mantenga la validez de sus creencias, generando las distorsiones:

Abstracción selectiva: se trata de prestar atención a un solo aspecto o detalle de la situación. Los aspectos positivos se suelen ignorar, dando más importancia a los aspectos negativos.

Pensamiento dicotómico: los acontecimientos se valoran de forma extrema: bueno/malo, blanco/negro, todo/nada, etc.

Inferencia arbitraria: consiste en sacar conclusiones de una situación que no están apoyadas por los hechos, incluso cuando la evidencia es contraria a la conclusión.

Sobre generalización: es extraer sin base suficiente una conclusión general de un hecho particular.

Magnificación y Minimización: tendencia exagerar lo negativos de una situación, un suceso o una cualidad propia y a minimizar lo positivo.

Personalización: hace referencia a la costumbre de relacionar los hechos del entorno con uno mismo, mostrándose susceptible.

Visión catastrófica: adelantar acontecimientos y, de entre las distintas opciones, pensar que siempre va a ocurrir lo peor.

Deberías: consiste en mantener reglas rígidas y exigentes sobre cómo deben suceder las cosas.

Etiquetas globales: consiste en poner etiquetas globales a nosotros mismos o a los demás sin tener en cuenta otros matices.

Culpabilidad: consiste en atribuirse a uno mismo o a los demás toda responsabilidad de los acontecimientos, ignorando otros factores que contribuyen a los mismos. (IPSIA, SF)

Cuando las distorsiones inician esta perturbación se activan los pensamientos automáticos, los cuales son productos cognitivos desadaptativos y negativos siendo como diálogos internos en el que el paciente los considera afirmaciones verdaderas sin alteración alguna. Son mensajes específicos o sugerencias relacionadas con una situación particular, siempre se confiará en ellos, sean irracionales o no, han sido aprendidos, vienen a la conciencia de forma espontánea, dramatizando y exagerando la negatividad de la situación, no son fáciles de detectar y controlar porque aparecen durante el proceso de diálogo interno.

El objeto principal de la terapia cognitiva conductual es que aquellos que sufren de trastorno depresivo, padecen por sus interpretaciones que realizan de las situaciones y no como tal de estos mismos, por eso Beck desarrolla su modelo como punto focal para el desarrollo de más tratamientos derivados de otros trastornos. Es importante su estrategia ya que se emplea dentro de lo cognitivo-conductual, pues se enfatiza en una reestructuración cognitiva de los hechos y contextos que vive el sujeto, de esta manera se estimula la modificación de sus esquemas desordenados para optar por un mundo más adaptado y realista. Son terapias enfocadas en la resolución de problemas.

5.1 ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL EN ASPECTO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

La teoría cognitivo-conductual se basa en supuestos teóricos de que el comportamiento humano las personas están determinadas en gran medida por la percepción, la experiencia y conocimiento, y este conocimiento incluye tres áreas: cómo una persona se percibe a sí mismo, percibe el mundo y el futuro (tríada cognitiva) de la misma manera que percibe una persona que evalúa y reacciona ante situaciones específicas, “todo esto se integra dentro de un programa de tratamiento más amplio, con técnicas conductuales y módulos, mejora de la autoestima, entrenamiento en asertividad y habilidades sociales, técnicas de control de ansiedad, técnicas de resolución de problemas, entre otros” (IPSIA, SF)

Como se ha sustentado la violencia de género no es una conceptualización aplicada desde el enfoque cognitivo conductual, pero el tratamiento y las técnicas aplicadas ayudan a una mejoría de manera inmediata y al ser una rama psicológica meramente científica su rango de error es muy bajo, es importante como profesiones conocer el método de Beck ya que es primordial entender los conceptos que este gran referente aborda.

Este enfoque ha tomado gran ventaja en los últimos años al ser eficaz en el tratamiento de diversos trastornos de una manera breve, pero amplia. El conductismo es una de las teorías que más abarcan, surge como la contraparte del psicoanálisis, que bien sabemos sus principios se originan por la experimentación, dando paso a la retroalimentación con otras corrientes como la cognitiva.

Se destaca por ser breve, centrado en el problema y la solución, con factor presente, se maneja la prevención ante conductas desafiantes basándonos en la cooperación paciente y terapeuta, dando enfoque a las tareas de reflexión autónoma. La terapia cognitivo

conductual contempla una variedad de técnicas, marcadas desde el aprendizaje como el condicionamiento clásico y el condicionamiento operante, conceptos otorgados por Pavlov. Esta teoría está enfocada en el aprendizaje humano y el animal dándole sustento desde las conductas observables, entendemos que para el conductismo el aprendizaje es la apropiación de nuevas conductas a través de un condicionamiento por los estímulos ofrecidos y sus respuestas, mismas que a continuación se enlistan:

1. El estímulo incondicionado (EI): es aquel estímulo que ya posee un carácter significativo para el sujeto. Es decir, un estímulo que es capaz de provocar una respuesta por sí solo. En el experimento de Pavlov, el estímulo incondicionado sería la comida; La respuesta incondicionada (RI): es la respuesta que emite el sujeto ante el estímulo incondicionado. En el caso del experimento, la respuesta incondicionada sería la segregación de saliva a causa de la presentación de la comida.
2. El estímulo condicionado (EC): este sería el estímulo inicialmente neutro, que no genera ninguna respuesta significativa en el sujeto. Pero, a través de la asociación con el estímulo incondicionado, este es capaz de emitir una nueva respuesta. En el caso del experimento de Pávlov sería el sonido de la campana.
3. La respuesta condicionada (RC): es la respuesta que se emite tras la presentación del estímulo condicionado. En el caso del experimento sería la salivación de los perros tras escuchar el sonido de la campana de tal modo que mediante estos estímulos que los seres humanos podemos aprender una respuesta condicionada, esto evoca sensaciones de bienestar o desagrado dependiendo los factores que influyen a esta conducta, a veces muchos de los estímulos ya los tenemos asociados a etapas previas de nuestras vidas. Más allá de estas definiciones Pavlov contempla otros elementos como:
4. La contingencia temporal: La presentación del estímulo condicionado debe ocurrir antes o al mismo tiempo que el estímulo incondicionado para formar una asociación. Por lo tanto, la previsibilidad del tiempo es importante para que el condicionamiento se produzca de forma eficaz.
5. Intensidad: El estímulo incondicionado debe ser lo suficientemente fuerte y perceptible para producir la respuesta incondicionada. El tamaño y la prominencia del estímulo incondicionado influyen en la intensidad del estímulo condicionado.
6. Generalización y discriminación: La capacidad de generalizar y discriminar entre estímulos parecidos es un factor intervenir en el condicionamiento clásico. Así, los organismos pueden expandir una respuesta condicionada a estímulos que son similares al estímulo condicionado original, pero también pueden discriminar selectivamente entre estímulos y respuestas utilizando estímulos condicionados específicos.
7. Aprendizaje previo: Las experiencias previas del cuerpo pueden afectar su capacidad de regulación. De esta manera, es posible demostrar respuestas más rápidas o lentas al condicionamiento dependiendo de las prácticas previas con estímulos similares.
8. Variables biológicas: En el condicionamiento clásico intervienen factores como la predisposición genética, la plasticidad neuronal y la actividad de los neurotransmisores. También puede haber predisposiciones innatas que hacen que

una persona sea más o menos propensa a desarrollar asociaciones entre estímulos particulares.

Pavlov se percató que las respuestas no siempre son lineales pues los estímulos condicionados e incondicionados no se emparejan nunca, sin embargo, el estímulo incondicionado muy intenso puede sensibilizar al organismo de tal manera que la respuesta condicionada se hace presente. Por ejemplo, una persona que sufrió un accidente crítico o un abuso físico, sexual o psicológico puede desencadenar un TEP (trastorno por estrés posttraumático) desde este punto de vista estudiado van a desarrollar una serie de respuestas condicionadas produciendo ansiedad a través de una asociación por la situación traumática con un desborde de estímulos neutros presentes durante el acto. La intensificación de los síntomas, con el tiempo replicarán un proceso de generalización ante los incentivos, el condicionamiento clásico aborda al aprendizaje como un acto pasivo, pero es necesario enfatizar que la conducta humana es generalmente voluntaria, este fenómeno lo explica el condicionamiento operante, mismo que se produce a través de reforzar la conducta deseada, como un mecanismo de retroalimentación, Si una respuesta es continuada por una recompensa, hay una alta probabilidad de repetirla en el futuro.

Edward Thorndike estudió el aprendizaje desde esta perspectiva y establece en su ley del efecto en donde menciona que si una consecuencia percibida como positiva (por tanto satisfactoria) ocurre justo después de una acción, es más posible que esa misma acción vuelva a producirse en este caso se desprende de otros factores.

Respuesta operante: La persona elige una respuesta particular, la respuesta operante, estas entre varias conductas. Se observará para poder modificarla después.

La consecuencia: Será la que rige como resultado a la conducta.

Manteniendo el ejemplo anterior sobre el TEP, este condicionamiento explicaría las tendencias a conductas evasivas, aquellas que tratan de eliminar o disminuir la presencia del estímulo condicionado aversivo. Los reforzadores los diferenciaremos en positivos aquellos que generan estados de agrado y los negativos que conducen a elementos desagradables; por otra parte el castigo ayudará al control de la conducta para disminuir su aparición, la víctima de violencia puede sentirse en peligro con su agresor en este caso una pareja que lleva un periodo amplio de relación muestra fases de enamoramiento o “luna de miel”, cuando menos lo espere la víctima puede sufrir un golpe o un abuso verbal generando confusión en la persona dañada este es un referente ante un reforzamiento intermitente, es decir se dan dosis de amor para condicionar a la receptora y con esto se presenta en respuesta ante el estímulo una conducta de sumisión.

El desamparo aprendido, es un fenómeno estudiado en mujeres que han sufrido violencia de género. En este se descubrió que este tipo de condicionamiento, en los que se sometió a estímulos dolorosos a animales sin que tuvieran escapatoria, no importaba lo que se les hiciera, el estímulo aparece independientemente de sus comportamientos, lo que daba como resultado que los animales dejarán de actuar para evitar el estímulo en su lugar aparecía un comportamiento de pasividad, pérdida del apetito y muchos síntomas de la depresión. (APMSV, 2010)

Una vez instalada esta conducta al esquema mental de la persona afectada, entra una generalización ante estímulos aversivos, dando como antecedente a mujeres con conductas demotivantes, evasivas, sin necesidad de satisfacción.

Albert Bandura un gran psicólogo social, el cual contribuyó en aportaciones al área cognitiva define una teoría que es de suma importancia en la situación de violencia de género, el aprendizaje por observación, es el aprendizaje que se produce al observar el comportamiento de los demás. Es una forma de aprendizaje social que adopta muchas formas y se basa en muchos procesos diferentes. En los seres humanos, esta forma de aprendizaje no parece requerir refuerzo sino un modelo social, como un padre, un hermano, un amigo o un maestro en un entorno determinado. Los modelos son figuras de autoridad, especialmente cuando son niños.

Enfocado al tratamiento de personas violentadas tiene sustento por las técnicas implicadas en esta teoría como es el modelado, se adquiere al observar la conducta de otra persona, en este sentido los modelados tienen importancia porque se saltan el ensayo y error, van directo al aprendizaje de nuevas conductas. También podemos ubicar la imitación inversa, esta se detona cuando el modelado no es agradable para el sujeto y tiende a consecuencias negativas. Cuando observamos a adolescentes en contextos violentos y resaltamos que no todos permanecen con dicha conducta, pues se puede presentar una modificación, con esto buscamos redirigir el aprendizaje de la persona violentada con técnicas de moldeamiento positivas y su desarrollo a una vida libre de violencia sea más efectiva.

5.2 TERAPIA BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES (TCS)

Es un modelo de psicoterapia desarrollado por Steve de Shazer e Insoo Kim Berg a finales de la década de 1970, la cual busca una solución eficaz y óptima a los problemas presentados por el paciente, en lugar de profundizar y alargar el proceso.

En dicho modelo se reconoce que los problemas actuales pueden tener causas en el pasado que los generaron, pero en su mayor parte explora los recursos actuales del individuo y sus esperanzas futuras, lo que ayuda a tener una mirada hacia adelante y a utilizar sus propias fortalezas para alcanzar sus objetivos. (Barreiro, 2021)

Su función se basa en todo aquello que es modificable se puede lograr, los pacientes se conocen y por ende ellos mismos marcarán sus metas en el tratamiento, dispondrán de recursos y fortalezas para darle solución a sus problemas, todos los propósitos estarán ubicados en el futuro.

Nos centramos más en lo breve ya que por las tendencias violentas que viven las víctimas suelen ser en grados altos de intensidad, por ello sacarlos de la problemática implica en centrarnos con lo actual y no en la historia ya que, en lugar de analizar las limitaciones del individuo, buscamos cerrar la solución focalizada en puntos fuertes y probabilidades de redirección conductual para los objetivos deseados.

Se utiliza como un método de negociación mediante la catarsis, ya que ayuda a una nueva construcción de su entorno. Durante estas sesiones la conversación con el paciente

ayudará para que el terapeuta ayude a darle una percepción al cliente de manera detallada y clara de cómo se ven en un futuro y cómo podrá observarse el panorama si se cumplen con los objetivos dictados en la consulta. Nos ayudamos de la exploración de antecedentes como funcionaban las cosas y como se ven actualmente, durante estas técnicas el objetivo es evocar una solución futura que parezca en su rango de percepción posible y no abrumadora o fatigante. Con esto se ayuda al sujeto a alcanzar su potencial y encontrar el valor para seguir adelante.

Se trabaja con las soluciones encontradas, identificando lo que quieren conseguir y aportando para ampliar las oportunidades de obtenerlas generando así cambios cognitivos y desprendimientos. Sin embargo, es preciso mencionar que este abordaje ayuda en reducir la conducta actual, retomando las soluciones que aparecen de los cambios, pero no genera avances suficientes en ocasiones por lo cual como una primera contención o guía puede ser fundamental y dependiendo de una perfilación abordar a una canalización especializada una vez que la paciente haya sido extraída del entorno conflictivo.

Podemos identificar que el modelo de intervención psicoterapéutica Cognitivo Conductual empatiza con lo que es la perspectiva de género, brindándonos un punto de vista puntual y objetivo hacia el paciente o en este caso, la víctima. Así mismo consideramos que es una herramienta útil que puede abarcar de una manera acertada aspectos que en diversas ocasiones se dejan de lado en otras corrientes y enfoques psicológicos, pero que principalmente poseen un reconocimiento

CAPÍTULO 6 - PROPUESTA DE TALLER DE INTERVENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA CON ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL

Este taller de intervención dirigido a víctimas de violencia a través de un enfoque cognitivo conductual, el cual está diseñado para atender a personas de entre 18 a 40 años, tiene como intención brindar un espacio seguro en el que cualquier persona que cumpla con la mayoría de edad pueda recibir los siguientes 5 módulos; registró, intervención, orientación, contención y canalización, estos serán abordados como respuesta a los problemas que se den como resultado de una conducta violenta y están desarrollados a profundidad más adelante (paso 4). Cabe recalcar que este taller está propuesto para ser llevado a cabo por un especialista en la salud mental que domine los temas relacionados a la violencia de familiar o de género, esto debido a que será imprescindible que cumpla con una serie de requisitos aptitudinales y actitudinales especificados en el capítulo 4 (perfil del terapeuta).

Esta propuesta está dirigida a un público mixto el cual puede estar conformado por un mínimo de 5 personas y un máximo de 20 para un solo terapeuta, en caso de contar con un coterapeuta se podrá duplicar la cifra establecida, es decir 40 personas incluso, podría considerarse incluso 50 siempre y cuando los terapeutas tengan la experiencia en manejo de grupos y liderazgo o contar con facilitadores, sin embargo no deberá exceder los 50 participantes ya que sino se perderá la objetividad y la atención personalizada que se busca brindar, este taller busca a través de 12 pasos cumplir con los objetivos establecidos.

La propuesta de este taller está diseñada para llevarse a cabo en cualquier espacio que cuente con las condiciones apropiadas (establecidas por el especialista), es decir; puede implementarse en escuelas, hospitales, clínicas, foros, etc. siempre y cuando conste la capacidad para albergar a todos los usuarios y pueda llevarse a cabo en una sola jornada, la cual deberá llevarse a cabo en un total de 5 horas.

Durante este periodo de tiempo deberá cumplirse en tiempo y forma con el taller, para brindar una mejor visión de la jornada preparada, buscaminas establecer una serie de pasos con los que se podrá llevar un control de las actividades, los objetivos, el uso de técnicas y materiales que serán necesarios para el abordaje de lo usuarios siendo un total de 12 pasos los cuales están marcados a manera de cronograma y que se desarrollan a profundidad más adelante.

6.1 PROTOCOLO DE APLICACIÓN

Recordemos que los lineamientos generales para brindar este taller es que vaya dirigido personas que viven en situación de violencia, principalmente a mujeres y hombres de 18 a 40 años de edad en situación de violencia severa, sin embargo al ser un taller de atención prioritaria, se ofrecerá la atención indistintamente a toda persona mayor de edad que acuda en busca de apoyo por encontrarse viviendo una situación de violencia ya sea moderada, severa o extrema, sin embargo, el taller se deslindan de las adecuaciones que puedan y deban hacerse para los usuarios y usuarias que no cumplan con dicho perfil.

Este protocolo de intervención cuenta con una serie de pasos a seguir de manera subsecuente con la finalidad de crear un sistema estandarizado que el profesional de la salud mental pueda seguir para que el proceso psicológico sea funcional, esta estructura no debe ser modificada (omitir pasos o no llevarlos a cabo en su totalidad) en ninguna circunstancia ya que de hacerlo puede comprometer la objetividad el mismo.

- 1) Ficha de identificación y consentimiento informado.
- 2) Registro de usuario conforme a lo establecido en la normatividad.
- 3) Elaboración del expediente
- 4) Presentación del taller
- 5) Establecimiento de acuerdos y compromisos terapéuticos.
- 6) Aplicación de batería para valoración psico-emocional
- 7) Psicoeducación al grupo sobre violencia, derechos y encuadre terapéutico a utilizar.
- 8) Compilación de técnicas de exposición (con base a la batería aplicada).
- 9) Compilación de técnicas de contención (con base a la batería aplicada).
- 10) Evaluación.
- 11) Prevención
- 12) Referencia o canalización

Encontraremos la carta descriptiva en el anexo 1, la cual contará con; el módulo correspondiente, la actividad a realizar, la finalidad de la misma, algunas técnicas sugeridas para llevarse a cabo, los recursos necesarios y el tiempo estimado para cada paso.

MÓDULO 1 - EL REGISTRO

PASO 1 - FICHA DE IDENTIFICACIÓN

El llevar un registro del usuario no solo es propio de las instituciones clínicas públicas o privadas, recordemos que como profesionales en la salud mental debemos hacer constar que el trabajo que realizamos como intervención está avalado y fundamentado en una praxis ética y profesional, rasgos que son derecho del paciente que vive dicho taller, además de que el tener un control puede facilitar la implementación de esta propuesta en ámbitos legales y morales.

Es importante que a través de un registro en una base de datos podamos realizar la apertura de un expediente clínico que nos permita supervisar el avance que presenta el paciente, así como el llevar una base de datos que incorpore los datos brindados por el paciente y su carta de consentimiento que nos permita ejercer este servicio dentro de los marcos jurídicos abordados en el capítulo 4.

El llevar una base de datos también nos ayuda a realizar un monitoreo de los pacientes subsecuentes o los usuarios que con anterioridad ya habían vivido el taller por otra parte nos proporciona parámetros que pueden ser incorporados en la realización de una referencia formal

Dentro de este apartado se llevará a cabo una entrevista semiestructurada donde se recopilarán los datos personales del paciente que puedan ser utilizados para la evaluación diagnóstica del paciente y la canalización a una instancia que cubra con las necesidades del usuario en cuestión, este lo encontraremos como Anexo 2.

Así mismo el consentimiento informado nos respalda como profesionales de la salud ante cualquier tipo de abordaje e intervención que se realice durante el taller haciéndole saber al usuario que la información que nos brinda es confidencial, así mismo el informarle que se debe llevar a cabo un registro en donde sus datos serán resguardados de manera privada a los cuales no se les dará un mal uso. El único caso en el que se romperá con la confidencialidad de los datos será en caso de que la integridad física o mental del usuario se encuentre en peligro, así como la de alguna otra persona relacionada con él o ella.

En este apartado procederemos a realizar la aplicación del anexo 2 (Entrevista Inicial).

PASO 2 - REGISTRO CONFORME A LA NORMATIVIDAD

Dentro del registro del paciente se puede llevar una base de datos personalizada en donde se haga una recopilación de los datos proporcionados por el usuario, así como un resguardo de los documentos oficiales compartidos (en caso de ser necesario).

Por otra parte, destacamos la importancia de realizar un registro en tiempo y forma con base a lo establecido en la normatividad, es decir, los formatos que deberán llenarse pueden variar con base al lugar en el que este taller sea implementado.

Si buscamos ejercer este taller en en una clínica/hospital de índole público o privado se debe llevar a cabo un llenado de la “Hoja de Aviso al Ministerio Público” en original y copia,, este es un formato donde queda establecido que el procedimiento de intervención realizado por el profesional de la salud mental inicia cuando un usuario acude a la consulta o en este caso al taller por motivo relacionado con algún tipo de violencia familiar y termina cuando se integra el aviso con acuse de recibido por la Procuraduría General de Justicia y se anexa al expediente clínico, este documento recaba los datos de identificación como: Nombre, razón o determinación social del establecimiento, institución, localidad municipio, cp., entidad federativa, servicio que interviene, cama, fecha de elaboración. esto con base a lo establecido en la NOM 046.

PASO 3 - APERTURA DE EXPEDIENTE

Ante cualquier tipo de intervención clínica, es una obligación del especialista llevar a cabo un documento en el que se incorporan diversos formatos y datos del paciente al que se le brinde la atención, siendo este un instrumento de índole confidencial, es decir, solo puede ser utilizado por profesionales de la salud, siempre con la finalidad de proporcionar algún tipo de información o intervención que garantice una mejora en la salud del paciente.

Dentro del expediente clínico psicológico abarcamos:

1. Datos de identificación: deberán colocarse datos específicos del paciente y en ocasiones sensibles, ya que es información personal: Nombre y apellidos del paciente, edad, sexo, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, estudios, estado civil, ocupación, religión, domicilio, contacto (teléfono o correo).

2. Motivo de consulta: los pacientes que acuden al psicólogo generalmente tienen un motivo o una razón, misma que debe de ir en este apartado, tomando en cuenta que aquí no se coloca un diagnóstico ni el posible problema, si no, solamente lo que el paciente nos diga o el por qué está llegando a consulta.

3. Entrevista inicial: en este apartado se colocan los hechos del problema que está aquejando al paciente y aquí es muy importante saber indagar y ser curioso, pero preguntar adecuadamente sin salir del contexto del problema, aquí pueden realizarse varias preguntas por ejemplo ¿Desde cuándo se siente así? ¿Qué considera que lo ocasiona? ¿Cuáles son los síntomas que presenta? ¿su estado de ánimo? Es importante mencionar que las preguntas pueden ser muy variadas dependiendo de la problemática.

4. Historia clínica: antes de dar un posible diagnóstico, es importante indagar el historial clínico de un paciente, ya que se tiene que descartar que el trastorno o padecimiento se genera a causa de algún factor físico, a una enfermedad biológica o heredada.

Algunas de las preguntas que se puede hacer son: ¿existe el consumo de sustancias químicas (ya sea por enfermedad o sustancias psicotrópicas) ?, la frecuencia y la fecha en que se inició; otra pregunta es la descripción de la historia del paciente durante su nacimiento y hasta los primeros 3 años de su vida; una pregunta más puede ser si existen enfermedades crónicas dentro de la familia.

5. Dinámica familiar: cuando una persona va terapia y tal vez llevado por una tercera persona puede ser que el paciente sólo sea quien presenta los síntomas, pero no como tal quien origina el problema pues a veces son las terceras personas quienes ocasionan el conflicto. Por tal motivo es importante saber la dinámica familiar del paciente y la información en la que podrías indagar puede ser preguntando ¿Quiénes viven en el domicilio?, ¿Quién se encarga de poner límites y reglas? ¿Cuáles son los roles familiares y la jerarquía que presentan?, la historia de la creación de la familia y los problemas que se llegan a dar entre ellos también es importante.

Dentro de este punto también puedes incluir el familiograma (o genograma), herramienta útil y práctica que te ayudará a recordar con facilidad la dinámica que se presenta en el entorno del paciente.

6. Hipótesis o impresión diagnóstica: cuando prácticamente tienes la información necesaria para trabajar con el paciente, será ideal que realices una hipótesis de lo que posiblemente tenga, así mismo un diagnóstico que puede ser modificado al paso de las consultas. Puedes apoyarte en el DSM IV o V o el CIE 10 para dar el diagnóstico.

7. Nombre, firma y cédula del especialista: una vez armado el expediente es importante colocar el nombre del psicólogo que atiende al paciente, así como la firma que de formalidad al documento.

8. Consentimiento informado: este es un documento que muchos de los terapeutas utilizan como medida de seguridad del paciente y del mismo psicólogo. Aquí puedes aclarar los puntos que se deberán respetar en cada sesión, por ejemplo, los retardos, las faltas, la protección de datos del paciente y confidencialidad entre otras cosas más que consideres necesario.

MÓDULO 2 - LA ORIENTACIÓN

PASO 4 - PRESENTACIÓN DEL TALLER

La inducción para nuestro taller puede ser vista como un primer contacto, es decir, el terapeuta estará frente a los usuarios por primera vez para proporcionarles la información sobre lo que están a punto de vivir. Debemos ser conscientes de que al comenzar con nuestra presentación será un momento ideal para establecer un rapport entre el terapeuta y los usuarios, ya que es fundamental que haya una actitud de camaradería, flexibilidad y empatía entre el grupo, así como una regulación con el tema del poder del terapeuta.

Dentro de esta inducción podemos hacer una recopilación de lo que esta propuesta busca a través de sus objetivos, así como identificar que nuestra jornada estará dividida en 5 módulos:

Módulo 1 - El registro: Hacer una recopilación de los datos personales proporcionados por el usuario(a) para brindar un mejor diagnóstico, así como un esclarecimiento de la

situación de violencia que vive, este punto también es fundamental para la canalización o referencia de este.

En este módulo abordaremos los pasos 1, 2 y 3

Módulo 2 - La orientación: Busca proporcionar un asesoramiento al usuario sobre sus derechos, la importancia de hacerlos valer, la importancia de que la violencia no es normal, que puede llegar a ser un ciclo con el que debemos romper y sobre todo que no están solos.

En este módulo abordaremos los pasos 4, 5 y 6.

Módulo 3 - La intervención: implica realizar una serie de técnicas científicamente avaladas para el tratamiento de un problema mental, emocional o conductual realizadas por un profesional de la salud mental en un espacio seguro con la finalidad de realizar un cambio por parte del usuario hacia una vida plena y libre de violencia.

En este módulo abordaremos los pasos 7, 8 y 9.

Módulo 4 - La contención: Permite conducir al paciente a un estado de calma ya que puede encontrarse sensible ante la manifestación de emociones, por ende, debemos brindarle un panorama realista en el que se sienta con el poder de realizar un cambio en su vida a través de sus capacidades, sus líneas de apoyo y las leyes que le respaldan.

En este módulo abordaremos los pasos 10 y 11.

Módulo 5 - La canalización: Una vez identificado el problema y haber explorado una solución, se brinda el contacto de instancias o grupos que puedan dar una continuidad al usuario según lo que pueda necesitar (asesoría legal, atención psicológica, atención médica, resguardo), todo con base a lo marcado en la NOM 046 (Capítulo 4).

En este módulo abordaremos el paso 12.

PASO 5 - ACUERDOS Y COMPROMISOS

Una vez establecido este primer contacto podemos pasar al encuadre terapéutico, es decir establecer los acuerdos y compromisos que buscamos implementar en esta propuesta para que el usuario sea consciente de que está a punto de entrar a un proceso terapéutico para lograr lidiar con un problema reconocido.

Dentro del encuadre se busca establecer una alianza terapéutica entre el paciente y el especialista con la finalidad de cumplir con los objetivos establecidos por este taller, es importante mencionar que la actitud del paciente debe ser de compromiso, respeto, participación y disposición al cambio, en caso de no cumplirse con alguna de estas, no es responsabilidad del terapeuta el incumplimiento de los objetivos plasmados.

Por su parte el o la especialista de la salud mental deberá mantener una actitud profesional, respetuosa, objetiva, empática y con disposición a la flexibilidad siempre y cuando sea para el cumplimiento de objetivos terapéuticos.

PASO 6 - BATERÍA.

Como profesionales en el área de la salud mental, sabemos que el uso de baterías psicométricas en la psicoterapia nos proporcionan una evaluación objetiva para identificar rasgos de posibles patologías, trastornos o afectaciones que pudiera estar manifestando el paciente, en este taller de índole terapéutico no serán la excepción, sin embargo, en esta propuesta lo que evaluaremos será principalmente el tipo de violencia que presente el paciente así como la magnitud en la que se presenta, por otra parte debemos evaluar o descartar el estado psicoemocional a consecuencia de la situación de violencia vivida, ya que a través de este podremos proporcionar una impresión diagnóstica la cual será anexada en la carta de referencia.

En este apartado procederemos a realizar la aplicación de la batería conformada de los anexos 3 al 7:

- Escala de ansiedad Beck (Anexo III)
- Escala de depresión de Beck (Anexo IV)
- Escala de desesperanza de Beck (Anexo V)
- Herramienta de detección de violencia (Anexo VI)
- Cuestionario para experiencias Traumáticas (Anexo VII)

MÓDULO 3 - LA INTERVENCIÓN

PASO 7 - PSICOEDUCACIÓN

El modelo de intervención psicoeducativa fue planteado en sus inicios por el psiquiatra e investigador británico George Brown en 1972 con la finalidad de abarcar de manera integral el tratamiento de trastornos mentales, las cuales se encuentran en el marco de vulnerabilidad-estrés (la facilidad para tener una enfermedad, si se dan las condiciones biológicas, sociales y psíquicas precisas para que aparezca), este también se emplea cuando hablamos de los cuidados paliativos, sin embargo se comenzó a utilizar en una intervención psicoterapéutica debido a la información, tratamientos, cuidados que deben llevarse a cabo para que el paciente presente una mejoría, de ser posible, esta información puede hacerse llegar a la familia o a las principales redes de apoyo del paciente para brindar una intervención integral a través de estos.

Así mismo debe reconocerse que en un primer nivel de atención a víctimas de violencia para usuarias y usuarios de este taller como resultado directo o indirecto de una situación

de violencia familiar o de género (así como cuando existan sospechas de que sus padecimientos son consecuencia de ésta), deberán recibir orientación al respecto, lo cual estableceremos como psicoeducación en tipos de violencia, la cual está conformada de brindar información objetiva y verídica acerca de: las consecuencias de vivir en una situación de violencia, orientación en cuanto a los derechos humanos, en caso de ser necesario información sobre servicios de atención a la violencia que brindan otras instituciones y organismos de la sociedad civil, asimismo es importante la aplicación de la herramienta de detección de violencia en la que se determine el tipo de urgencia y severidad del caso, esto con la finalidad de brindar un acompañamiento íntegro y adecuado con base a la necesidad que pueda presentar.

A la hora de abordar al usuario se debe reconocer desde la empatía el problema al que se enfrenta el paciente ya que la necesidad del usuario puede variar confirma la situación, el terapeuta debe ser objetivo para comprender la situación a la que se enfrenta el usuario, recordemos que desde este abordaje se deberán proporcionar consejería y acompañamiento.

Según la NOM-046-SSA2 en su última actualización del 2016. en el punto 4.5. establece que la consejería y acompañamiento, al proceso de análisis mediante el cual la o el prestador de servicios de salud, con los elementos que se desprenden de la información recabada, ofrece alternativas o apoyo a la o el usuario respecto de su situación, para que éste pueda tomar una decisión de manera libre e informada.

La Atención Psicológica del especialista en salud mental que brinda atención a la víctima de violencia deberá estar enfocada a problemáticas concretas provocadas por sucesos violentos del mundo exterior que requieren de una reestructuración de las capacidades del paciente, en cuanto a: manejo emocional de la situación para evitar que él o 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.

PASO 8 - INTERVENCIÓN EXPOSITIVA

La terapia de exposición es un tipo de terapia cognitivo-conductual que buscan fomentar y favorecen el análisis objetivo de una problemática para realizar una modificación conductual y cognitiva que cambia el paradigma del paciente como víctima para que nuevamente se vislumbre como el protagonista de su vida con la capacidad de tomar decisiones, cambiando lo que no le gusta en su entorno desde un puntos de vista individual, esto puede generar angustia física y/o emocional que se siente al confrontar a un objeto, situación, o pensamiento o recuerdos angustiantes que en este caso todos los dirigimos a casos de violencia, ya que contribuyen a las afectaciones perceptivas de los participantes, sin embargo, esto es necesario para propiciar un estado de conciencia.

Aquí se describen algunas de las técnicas que pueden ser utilizadas durante la intervención, junto con su respectivo autor y una breve descripción de la misma, cabe mencionar que dichas técnicas fueron seleccionadas por su confiabilidad y validez demostrada a través de la intervención clínica para el tratamiento psicoterapéutico de problemas mentales, emocionales y conductuales.

ABC IDEAS IRRACIONALES

De acuerdo con la perspectiva de Rincón González en 2003 buscamos identificar los antecedentes, pensamientos, emociones y conductas que se propician en una situación de violencia, generando la reestructuración de los esquemas cognitivos para facilitar las sensaciones y emociones agradables.

El modelo ABC, se centra en la siguiente clasificación:

A: Se refiere al acontecimiento real, actuando como un activador del suceso ya sea externo o interno, entran los pensamientos, fantasías, conductas, sensaciones, etc.

B: Es el proceso de pensamientos que evocan como respuestas a A: Aquí se determinan como desalentadores o irracionales, representando el sistema de creencias de la persona el cual incluye el contenido cognitivo como los recuerdos, los valores, normas, inferencias, actitudes, esquemas, filosofía, etc.

C: Las emociones y conductas siendo consecuencia de la combinación de A y B estas últimas sesgadas por la irracionalidad, obteniendo la reacción de A siendo C representado en formas emocionales, cognitivas o por acciones.

PROCEDIMIENTO.

1. Explicamos a los participantes que para llevar a cabo esta evaluación personal es necesario definir y conceptualizar, acontecimientos, pensamientos y sentimientos. De manera gráfica se hace la representación del A-B-C. categorizando en cada una lo que corresponde en forma de listado. Nos apoyaremos de ejemplos generales para guiar a los participantes en la autoexploración, mientras ellos desglosan la información personal en la hoja asignada.

2. Les pedimos que llenen como mínimo dos líneas puntualizando eventos traumáticos dados en los últimos 3 meses y una contraparte con vivencias cotidianas marcando una de forma positiva y otra en forma negativa para analizarlo desde varios factores de percepción.

3. Se designará un tiempo por parte del terapeuta para la contención y retroalimentación de esta técnica.

REEVALUACIÓN COGNITIVA

Con base a la posición de Rincón Gonzáles en 2003 el reconocer los pensamientos y sentimientos inadaptados para deconstruirlo y fomentar nuevos, siendo estos más viables para su vida.

PROCEDIMIENTO:

1. Analizamos los sentimientos y pensamientos enfocados en las experiencias traumáticas que presentan, identificando los pensamientos que radican en una percepción errónea de la situación.
2. Enfrentando los sentimientos de culpa que se propician por las experiencias violentas, mencionamos que esto tiene que ver con el maltratador y no por el comportamiento de los participantes. Se recalca que no hay justificación alguna para cualquier acto de violencia.
3. La dinámica va a consistir en hacer parejas, solicitamos que hagan su silueta con ayuda del compañero o compañera en un pliego de papel. Les pediremos que esa silueta la partan en dos de forma vertical, de un lado le pondremos un signo de “+” y del otro lado un signo de “-” estas enfocadas en características personales abarcando todas sus áreas de desarrollo.
4. Se expondrá de manera breve. El profesional encargado guiará a los participantes en una reevaluación cognitiva mostrando las impresiones erróneas que en ese momento resultan de la actividad, prestando atención a las características positivas que comenta. De este modo los participantes harán una introspección del tipo de percepción que tienen de ellos mismos y esto cómo maneja su estado anímico.

SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

De acuerdo con el criterio de Caballo en 1995 se busca ampliar las destrezas para el enfrentamiento y solución a problemas, priorizando la regulación de conductas de los participantes dando control.

PROCEDIMIENTO:

1. Explicamos que los problemas son comunes en todas las etapas de nuestras vidas y que en ocasiones no los manejamos de la mejor manera, eso conlleva a sensaciones de descontento, estrés, ansiedad y un decaimiento a nivel anímico que afecta la percepción que tenemos de nosotros mismos.
2. Por eso es necesario darle una resolución correcta, para la cual nos guiaremos con su procedimiento que va enfocado en: Orientación general hacia el problema y definición y formulación del problema.

3. Les pedimos a los participantes que en un pliego de papel definan los problemas que han presentado a lo largo de la última semana, en la cual desarrollarán respuestas acorde a estas preguntas ¿quién?, ¿qué?, ¿dónde?, ¿cuándo?, ¿por qué? y ¿cómo?
4. El profesional responsable debe guiar al grupo a una adecuada realización del procedimiento, o sea, tendrá que observar la correcta definición del problema, que este sea conciso y concreto. Todo enfocado a hechos y no cayendo en suposiciones o creencias.
5. Con esto se fomentará una actitud más centrada en la solución de problemas, con base a una definición acorde promoviendo el abordaje de alternativas para una toma de decisiones adecuada.

EXPOSICIÓN

De acuerdo con el punto de vista de Rincón González en 2003 induce a lograr que los participantes manifiesten de manera encubierta la experiencia vivida, esto para disminuir los índices de estrés y potencializar los sentimientos de autocontrol.

PROCEDIMIENTO:

1. Se explica a los participantes la necesidad de que se expongan a la situación temida para que se habitúan a ella y deje de producirles miedo. Debido al tipo de situación, la exposición se llevará a cabo en la imaginación.
2. El profesional a cargo explica que para realizar la exposición deben ser capaces de pensar en una situación de malos tratos que hayan vivido, que les produzca ansiedad, pero a la que estén dispuestas a enfrentarse. Por ello se les pide que recuerden y apunten algunas situaciones y señalen el grado de ansiedad que les produce cada una de ellas en una escala de 0 a 100, incluyendo la situación que más ansiedad les genere. De ahí, con ayuda del terapeuta, cada uno selecciona aquella situación a la que se va a exponer.
3. Se les explica, asimismo, que la idea es que piensen en esa situación como si la estuvieran viviendo, por lo que no deben describir lo que le está pasando a otra persona, sino que deben hacer la descripción en primera persona, en tiempo presente y con tanto detalle como sea posible, incluyendo características sensoriales (que vio, oyó, etc.), lo que estaban pensando y lo que estaban sintiendo en ese momento. El terapeuta ejemplifica pensando en voz alta y pide a cada uno de los participantes que haga un pequeño ejercicio.
4. Los participantes llevan a cabo el ejercicio, imaginando la situación elegida. El terapeuta debe poner énfasis en la importancia de que la descripción sea hecha y mantenida en la imaginación hasta reducir la ansiedad por lo menos a 15, en la escala establecida de 0 a 100, e ir supervisando que cada participante esté efectivamente exponiéndose a la situación aversiva.
5. Cada participante graba el relato que va haciendo en voz alta, para su posterior utilización en casa.

ENTRENAMIENTO DE ASERTIVIDAD.

Dar a la persona la oportunidad de actuar en su propio interés, de ayudarse a sí misma sin ansiedad innecesaria, de expresar con calma sus verdaderos sentimientos o de ejercer sus derechos sin negar los derechos del otro. Se utiliza para ayudar a las personas a aprender otras formas de resolver conflictos interpersonales, expresar sus deseos, derechos, opiniones, sentimientos, respetarse a sí mismos y al interlocutor. Consta de un paquete de técnicas que incluyen modelado, role playing, el ensayo del comportamiento, la retroalimentación y el reforzamiento (Slaikeu, 1996).

Ensayo del comportamiento: La persona aprende un nuevo comportamiento practicándolo durante toda la sesión. La retroalimentación se proporciona inmediatamente después de que se realiza la conducta, similar al refuerzo, excepto que puede ser proporcionada por el propio usuario.

PROCEDIMIENTO:

1. Preparación de la persona, que debe incluir por qué es necesaria la adquisición de un nuevo comportamiento.
2. Selección de situaciones objetivo.
3. Ensayo del comportamiento.
4. Transferencia a situaciones de todos los días. Se sugiere acompañar el ensayo con modelado y retroalimentación. El asertividad siendo considerada como una habilidad social, implica el desarrollo de la capacidad de expresar ante diversas personas y situaciones tales como (Zaldívar Pérez, 1994):
 1. Defensa de los derechos personales (respetando el ajeno).
 2. Confrontación de criterios.
 3. Negación.
 4. Dar y recibir halagos.
 5. Solicitar favores.

MODELAMIENTO

Proveer la adquisición de nuevos comportamientos, aumentar la frecuencia de las conductas deseables y disminuir los temores. Técnica que tiene sus orígenes en el aprendizaje por observación. La técnica parte del hecho de que la conducta de un individuo se modifica como resultado de observar, escuchar o leer sobre la conducta de un modelo, sin llevar a cabo realmente la conducta meta o sin ser reforzado para hacerlo. (Caballo, 1995).

PROCEDIMIENTO:

1. El Profesional encargado deberá determinar por adelantado que los estímulos de modelado propuestos satisfacen los objetivos terapéuticos y el sistema de valores de la usuaria.
2. El terapeuta, deberá mencionar claramente a los participantes cuál es la conducta deseada.
3. Los participantes deberán estar relajados, cuando alguno se queja de elevados índices de ansiedad, puede ser especialmente útil el entrenamiento en relajación antes de la introducción de los procedimientos de modelado.
4. El terapeuta deberá proveer instrucciones que centren la atención de los participantes sobre los aspectos sobresalientes de la conducta y del ambiente del modelo.
5. El modelo deberá presentar acciones manifiestas que se desean y describir verbalmente lo que está haciendo, así como las consecuencias que pronuncia. Mejora el aprendizaje los siguientes tres pasos: demostrar y describir el comportamiento deseado, demostrar y describir el comportamiento desadaptativo opuesto, volver a demostrar y describir el comportamiento deseado.
6. Inmediatamente después de la presentación de la secuencia modelada, el terapeuta pide que describan la conducta del modelo, sus antecedentes y consecuentes.
7. Hacer que ensayen las acciones modeladas con la instrucción del terapeuta, hasta asegurarse que lo logre; es importante dar retroalimentación contingente y refuerzo.

TÉCNICA COGNITIVO-CONSTRUCTIVISTA.

Busca que los participantes logren darse cuenta de que su situación actual se basa en su crecimiento personal, creencias, recuerdos y procesos de pensamiento sobre ellos y el mundo, establecido por Montgomery Urdy en el 2003.

PROCEDIMIENTO:

Narración de la historia que tiene que ver con la situación de violencia desde la niñez, por falta de tiempo se les indicará que lo deberán presentar por escrito. La cual según Montgomery ésta debe incluir emociones, motivaciones, pensamientos, intenciones y acciones de la usuaria, con cinco elementos: el escenario (lugar y tiempo), el agente (la persona que de alguna manera media el problema), la acción (aquello que sucede), el instrumento, y la meta.

1. Hacer un análisis funcional clásico sobre los antecedentes y consecuentes, tienen que captar la importancia que tienen los pensamientos para comprender la conducta.
2. Se guía a los participantes para que sean auto observadores y evidenciar las creencias y concepciones que tienen de ellos mismos y de su contexto

3. Aclarar la coherencia interna: entre los acontecimientos pasados y cómo esos acontecimientos han influido en la violencia y las teorías causales de los participantes.
4. Una reestructuración paso a paso de la organización cognitiva del individuo y la diferencia real entre el rango de estabilidad existente y los trastornos profundos que es necesario internalizar.
5. Identifique las suposiciones subyacentes y las formas de pensar de los participantes que influyen en la estructura del campo experiencial donde ocurre el desequilibrio.
6. Identificar la etapa del desarrollo en la que se produce el desequilibrio. Para el logro de la identificación y modificación de las creencias y esquemas cognoscitivos que sostienen una idea irracional sobre la experiencia pasada, Guidano y Liotti (1983) sugieren las técnicas cognitivas como las de Ellis y Beck. (Botella Arbona, C, 1995).

PASO 9 - CONTENCIÓN EMOCIONAL

En este apartado estaremos analizando algunas técnicas de contención que puedan ser utilizadas durante la intervención terapéutica, recordemos que la contención emocional se refiere a implementar una serie de medidas para calmar al paciente devolviéndole tanto la confianza como incentivar un estado de serenidad que pudiera verse comprometido debido al abordaje, estas van dirigidas para brindar tranquilidad mental y emocional.

El proporcionar una atención de índole psicológico personas víctimas de violencia, expone a las y los mismos a este tipo de riesgo de desgaste emocional por el hecho de revivir sucesos en su mayoría traumáticos o dolorosos, incluso como terapeutas no somos la excepción debido a la empatía que debe manejar el o la profesional, solo que, en este caso, la repercusión puede ser aún mayor debido a que el personal trabaja con su propia persona, con sus aspectos emocionales y la influencia -tanto para bien como para mal- puede ser aún mayor. Por lo mismo, se hace necesario que las y los profesionales aprendan a manejar sus reacciones emocionales.

En este apartado se describen algunas de las técnicas que pueden ser utilizadas durante este paso de la intervención, junto con su respectivo autor y una breve descripción de la misma, cabe mencionar que dichas técnicas fueron seleccionadas por su confiabilidad y validez demostrada a través de la intervención clínica para el tratamiento psicoterapéutico de problemas mentales, emocionales y conductuales.

RELAJACIÓN DE RESPIRACIÓN PROFUNDA

De acuerdo con el análisis de Rincón González en 2003 busca tener en cuenta la importancia de la respiración como técnica de relajación y concentración.

PROCEDIMIENTO:

1. **Inhalación:** Se toma aire por la boca (cuando sea para dormir) o por la nariz cuando sea para relajarse haciendo una respiración profunda pero lenta por la boca que dure al menos tres segundos, procurando que el aire inhalado llegue a las 3 partes del sistema respiratorio, parte baja de los pulmones, media y superior.
2. **Sostenimiento:** Se mantiene el aire inhalado durante al menos 3 segundos. reteniendo sin tensar los hombros y manteniendo un estado de relajación corporal total.
3. **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 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.

El autor sugiere que los ejercicios se hagan de forma gradual, de modo que las fases quedan como sigue, una por sesión: Inspiración por la nariz, sólo la parte baja y media del abdomen. Inspiración agregando la parte alta de los pulmones, es decir, el tórax. Inspiración profunda sin distinguir las tres fases, de manera lenta pero continua. Repetir el ejercicio en diferentes posiciones

AUTOEFICACIA

Caballo en 1995 busca que el usuario(a) realice un proceso de introspección a través de una autoevaluación positiva.

PROCEDIMIENTO:

Se deberá fomentar; las evaluaciones realistas de lo que sucedió, lo que sirvió de ayuda y lo que no, y apoyar los esfuerzos realizados; es necesario tener en cuenta que se puede necesitar la reevaluación cognitiva para el caso de patrones de evaluación irracionales, las expectativas de un cambio gradual, la evaluación positiva por intervalo, es decir, reforzar incluso los intentos de afrontamiento, las atribuciones auto eficaces positivas, es decir, la usuaria deberá atribuirse el cambio a sí misma, la toma de directrices positivas, realistas, para la conducta futura. Instruir a la persona para que se motive a sí misma para lograr cambios futuros

AUTODIÁLOGO DIRIGIDO

Según la perspectiva de Slaikeu en 1996 se busca fomentar las habilidades cognitivas de afrontamiento en relación con la problemática presentada por la usuaria(o)

PROCEDIMIENTO:

El terapeuta ayuda a la usuaria a concentrarse en el diálogo interno o sobre las auto aseveraciones que la persona piensa en situaciones problemáticas.

Usuario y terapeuta identifican las auto aseveraciones irracionales, erróneas y auto derrotistas (como yo nunca podré salir de esto) y las aseveraciones fortalecedoras.

Utilizar las auto aseveraciones en terapia (como lo he hecho antes, de peores he salido, he tenido éxito antes y lo voy a tener ahora).

RELAJACIÓN AUTÓGENA

Schultz en 1926 indaga en la facilitación del reconocimiento del cuerpo y aumentar el autocontrol del propio cuerpo. Esta técnica se utiliza para la relajación, sin embargo, se puede utilizar para fomentar la conciencia del propio cuerpo, experimentando sensaciones que le permitan relajarse.

PROCEDIMIENTO:

Este ejercicio consiste en una serie de frases elaboradas con el fin de inducir un estado de relajación a través de autosugestiones, podemos incorporar la sensación de pesadez y calor en sus extremidades, la regulación de los latidos del corazón, las sensaciones de tranquilidad y confianza en sí misma y promover la concentración pasiva de la respiración. Es importante que el o la terapeuta realice antes un pequeño guión sobre cómo y en qué momento deberá introducir los elementos sugestivos.

Puede realizarse con ojos abiertos, aunque se sugiere que los primeros intentos se hagan con los ojos cerrados y es recomendable que la usuaria(o) pueda ensayar en su casa durante la semana esta actividad.

MÓDULO 4 - LA CONTENCIÓN

PASO 10 - EVALUACIÓN

En este apartado consideramos la evaluación como un paso necesario dentro de cualquier intervención psicológica el cual ofrece un enfoque sistemático y científico que permite establecer juicios sobre el estado actual del paciente, con la finalidad de poder proporcionar una toma de decisiones continua sobre el paso a seguir como terapeuta. Específicamente este paso a diferencia de la valoración inicial (batería) en esta se realiza una evaluación sobre el estado en el que el usuario(a) se encuentra posterior a la intervención terapéutica tras un proceso sistemático de recogida de datos, análisis e interpretación de estos, con el propósito de determinar su validez e impacto. Para ello, utilizamos una escala para reconocer de manera objetiva la mejoría que presenta el paciente proporcionándonos un panorama bilateral, donde los resultados pueden ser de un estado de deterioro emocional y mental mayor al que presentaba el usuario(a) antes de la intervención, o un estado de mejoría a comparación con el inicial (Anexo 8).

En caso de que el paciente presente un estado de deterioro en respuesta al tratamiento proporcionado se le deberá pedir que se quede al final del taller para brindar una contención y orientación personalizada, recordemos no podemos dejar a un paciente en crisis o en estado de shock ya que es una falta al código ético como profesionales de la

salud. Por otra parte, si los resultados que se manifiestan en la escala son de mejoría entonces podemos poner fin a este paso para continuar con las recomendaciones finales

PASO 11 - PREVENCIÓN

Uno de nuestros pasos finales es justamente la prevención de recaídas emocionales o de eventos violentos, por tal motivo realizamos una recopilación de técnicas que pudieran funcionar para que el usuario pueda contar con herramientas necesarias en caso de que se presente nuevamente la problemática planteada, estas pueden ser entendidas como ejercicios o tareas que se llevara el usuario de manera individual y con base a la necesidad que presente puede variar la técnica recomendada con la intención de optimizar un cambio conductual y paradigmático.

Ahora procederemos a describir algunas de las técnicas que pueden ser utilizadas durante este paso de la intervención, junto con su respectivo autor y una breve descripción de la misma, cabe mencionar que dichas técnicas fueron seleccionadas por su confiabilidad y validez demostrada a través de la intervención clínica para el tratamiento psicoterapéutico de problemas mentales, emocionales y conductuales.

TERMINACIÓN, SEGUIMIENTO Y PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

Beck en 1976 identifica una serie de dificultades que suelen surgir cuando el fin de la terapia está próximo, situación que puede generar conflictos en el paciente, por lo que establece para manejarlo, con respecto la preocupación de la persona, que el terapeuta puede utilizar en dado caso varias estrategias como las que a continuación se presentan:

- Hay que explicar que la salud mental no es un constructo dicotómico sino un continuo integrado de varios puntos. Después demuestra con los datos de la evolución de la usuaria cómo éste ha avanzado dentro de ese continuo.
- Mostrar al usuario(a) que el objetivo de la terapia es aprender a resolver más eficazmente los problemas y no curarle, ni reestructurar la personalidad, ni evitar todos los problemas vitales posibles. A continuación, mostrarle sus progresos al respecto.
- La preocupación respecto a “volver a recaer y experimentar de nuevo el problema”. El terapeuta aquí también puede utilizar alguna de las siguientes estrategias:
- Devolver al usuario(a) que ello es posible, pero que puede ser una oportunidad para aplicar lo aprendido.
- Trabajar con la usuaria, con antelación en base a las distorsiones cognitivas y supuestos personales que tipo de situaciones podrían hacerle recaer y ensayar cognitivamente (mentalmente) que estrategias podría usar para su afrontamiento.

- Con respecto a la terminación prematura de la terapia: El terapeuta sí puede prever que la persona (por el feedback de las sesiones) está deseando poner fin a la sesión puede averiguar las posibles razones a la base y afrontarlas. Son frecuentes:
- Reacciones negativas hacia el terapeuta (porque esté molesto o en desacuerdo con el terapeuta). El terapeuta puede felicitar, con tacto, las reacciones negativas e intentar de clarificarlas. Si la usuaria abandona puede ser útil una llamada telefónica o carta, invitándole a volver cuando desee.
- Mejoría rápida de los síntomas. Es frecuente que muchas personas al dejar de experimentar el malestar de sus síntomas ya no se vean motivadas para continuar la terapia. El terapeuta puede aquí desaconsejar la terminación al no haberse aun trabajado los factores predisponentes, incluso anticipar la posibilidad de una recaída próxima (para ganar así fiabilidad si sucede). Si la persona decide, a pesar de lo anterior, abandonar, igualmente se le da la posibilidad de volver cuando desee.
- Ausencia de mejoras significativas durante el tratamiento o recaídas durante el mismo. El terapeuta puede explicar que las recaídas son frecuentes durante el tratamiento, que esté raramente supone una mejoría lineal, y que las recaídas pue

ACTIVIDADES GRATIFICANTES

Con base a la posición de Rincón Gonzáles en 2003 se fomenta en el paciente la búsqueda de actividades que le sean agradables y le ayuden a visualizar que hay otras cosas más allá de la violencia.

PROCEDIMIENTO:

Se les solicita que todos los días lleven a cabo cuatro actividades que consideren agradables para ellas y que las registren. El o la terapeuta hace énfasis en que hay muchas actividades, que por sencillas que parezcan, pueden resultar gratificantes y pide a las participantes que den ejemplos de ellas, invitándole a hacer una lluvia de ideas

AUTOCUIDADOS

Fomentar el desarrollo de las habilidades para el ejercicio consciente a favor de prácticas saludables, valorar las propias capacidades, potenciar la toma de decisiones y reconocerse en asuntos que competen con su vida y salud reflexionando sobre las decisiones de estilo de vida y como, éstas, en forma determinante son las facilitadoras de su estado de salud o enfermedad.

Podemos deconstruir los estereotipos que han normalizado las conductas que promueven la exclusión basada en el género y todas las formas de violencia

Posteriormente podemos realizar un inventario de las actividades que realiza para el cuidado de su salud en las siguientes esferas: higiene del sueño, alimentación, actividad

física, actividades recreativas, espiritualidad (en caso de aplicar), sistemas orgánicos (monitoreo ginecológico y urológico).

Finalmente crear alternativas para atender las diferentes áreas y jerarquizar las de carácter urgente o necesarias para la recuperación de la salud, reforzando la autoestima para que se reconozcan como merecedoras de la salud

En caso de que el usuario(a) sea víctima de violencia extrema deberá aplicarse:

PLAN DE SEGURIDAD PERSONAL

Con la perspectiva de Claramunt en 1999 busca orientar al usuario(a) para crear una estrategia ordenada y sistemática a la cual acudir en una necesidad.

PROCEDIMIENTO:

Se debe orientar a través de una serie de pasos, soluciones o alternativas que puedan brindar una metodología de acción ante un evento de peligro, los cuales consistirán en:

1. Identificar cuál es la fuente del peligro y sus señales de inminencia.
2. Buscar un lugar seguro donde se sienta protegida de otras personas o de usted mismo. Este lugar puede ser una casa refugio, la casa de un amigo o familiar o dentro de la suya, un espacio donde se sienta bien y si es el caso, en privacidad.
3. Tener a mano una lista de teléfonos para pedir ayuda cuando se sienta en crisis o perciba que su vida está en peligro. Si no tiene teléfono, busque la forma de enviar una señal a un (a) vecino (a) o de avisar a la policía.
4. Tener a mano documentos, medicinas u otros objetos que eventualmente se puedan necesitar en un momento de emergencia.
5. Si tiene hijos o hijas o personas que dependen de él o la usuaria, identificar si la fuente de peligro puede extenderse hacia ellos y buscar alternativas para su seguridad.
6. Construir una red de apoyo en la que se pueda apoyar para auxiliarle en una emergencia
7. Fomentar que el usuario comparta sus necesidades para enfrentar el peligro con otras personas, lo cual puede implicar la identificación de personas en quien confíe libremente como una amiga o amigo, familiares, un terapeuta o una terapeuta o un programa de ayuda en situaciones de crisis.

MÓDULO 5 - LA CANALIZACIÓN

PASO 12 - CANALIZACIÓN

Dentro de este último paso debe tomarse en cuenta que al ser nuestro último paso, deberá ir acompañado de un cierre del taller visto, aspecto que se viene trabajando desde el punto pasado en la contención pero que deberá reafirmarse dando una alternativa al procedimiento aplicado, en este caso nuestra alternativa es brindar una canalización o referencia del usuario a una asociación o centro privado o público que pueda proporcionar un seguimiento terapéutico óptimo y en caso de ser necesario atención integral de índole médico.

Este último paso debe ser tomado en cuenta de manera profesional proporcionándole al usuario una referencia formal que dé validez al proceso clínico que vivió durante la ejecución de este taller, podemos resumir el proceso de canalización o referencia en 3 sencillas etapas:

1º- Explicar al usuario que será enviado a otro módulo o institución con la finalidad de brindar un seguimiento sobre lo aprendido en este taller, tomando en cuenta que este es únicamente un protocolo de contención y orientación, pero que si desean mantener resultados positivos constantes o incluso si requieren un servicio externo como atención médica o asesoría legal deberán acudir a cualquiera de las instituciones sugeridas por el especialista.

2º- Orientar al usuario(a) sobre el tipo de atención que recibirá en el lugar al que se está mandando con la finalidad de que sea consciente de la importancia de acudir a este para un seguimiento, cabe mencionar que para este paso el profesional de la salud deberá contar con una lista de instituciones públicas o privadas que se dediquen a la atención y asesoría para víctimas de violencia, así como de instituciones de seguridad pública o el contacto de una patrulla de género en caso de ser necesario así mismo debe conocer los datos de dicha institución para poder brindar la canalización de manera correcta, una vez aclarado este punto entonces se le hará saber al usuario o usuaria que se le proporcionará una carta de referencia la cual deberá contener:

- Fecha y lugar del escrito.
- Ficha de identificación del paciente.
- Institución a la que se envía o nombre del profesional al que va dirigida.
- Justificación de la referencia
- Resumen clínico de lo realizado en el taller.
- Recomendaciones u observaciones personales.
- Nombre, firma, contacto y número de cédula del terapeuta que envía.

3º- Se le pide al paciente que firme el consentimiento informado de la misma referencia para posteriormente esperar una respuesta de confirmación por parte de la institución o persona que se hará cargo del seguimiento. Una vez realizado estos 3 últimos pasos, podemos marcar como

oficialmente terminada nuestra intervención como profesionales de la salud mental, se sugiere dar las gracias a los participantes por su buena disposición, su confianza y en caso de que el profesional de la salud a cargo lo considere necesario, proporcionar un contacto para poder brindar algún tipo de orientación extra más adelante o seguimiento de ser necesario, aclaramos que únicamente es una recomendación.

CAPÍTULO 7 - METODOLOGÍA

Los criterios abordados dentro de este taller son propicios para brindar un servicio oportuno, de calidad técnica e interpersonal el cual proporciona un espacio seguro y profesional en donde se pueda trabajar con un enfoque psicológico Cognitivo Conductual establecido por el psicólogo Aaron Beck. Utilizamos dos tipos de estrategias de intervención para la intervención terapéutica del taller entre las que se encuentran:

Intervención expositiva: Tienen como finalidad fomentar y favorecer el análisis objetivo de una problemática propiciando un cambio cognitivo y conductual modificando el paradigma del paciente de víctima a protagonista de su propia vida, entre las técnicas que utilizaremos para desarrollar serán; sensibilización, validación de emociones, detección del pensamiento, ideas irracionales, reevaluación cognitiva, solución de problemas, autocuidados.

Contención Emocional: Tienen como finalidad implementar una serie de medidas para inducir un estado de calma y serenidad en el usuario(a) devolviéndole la confianza en sí mismo, las técnicas que utilizaremos para desarrollar serán; la relajación de respiración profunda, autoeficacia, auto diálogo dirigido, relajación autógena.

7.1 JUSTIFICACIÓN

Con base a la intervención psicológica a través de prácticas profesionales y servicio social brindado a la comunidad, consideramos la importancia de la implementación de un taller especializado en intervención psicoterapéutica a mujeres y hombres víctimas de violencia de género de 18 a 40 años, siendo este rango de edad el más constante entre usuarias y usuarios que se presentaban a la institución de dichas prácticas para solicitar un acompañamiento psicológico por violencia de género.

Podemos reconocer que este taller brinda una respuesta a la necesidad de una estrategia de primera intervención terapéutica el cual va dirigido a profesionales de la salud mental que brindan atención a personas mayores de edad que hayan experimentado alguna situación de violencia de género, reconociendo que en México: “la mayoría de edad comienza a los dieciocho años cumplidos” (Código Civil General, Art. 646, 2023).

Enfatizamos en la importancia de que este taller para víctimas de violencia es un primer contacto a víctimas de violencia con la finalidad de proporcionar contención, psicoeducación y de ser necesario una canalización a instancias estatales o federales (Ministerio Público, ISEM, DIF, entre otros) es decir no sustituye a un proceso psicoterapéutico puesto que no es posible 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 (conforme al capítulo 2) así como en el caso de que la persona no cuente con una red de apoyo social a la cual pueda acudir para refugiarse, se promoverá la referencia a una institución gubernamental donde se proporcionen los servicios de atención integral y profiláctica (médica, psicológica y legal).

7.2 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Durante el periodo de servicio social y realización de prácticas profesionales pudimos observar un alta demanda en el servicio de salud mental por diferentes situaciones, la mayoría de usuarios que presentaban en un rango de edad aproximado de entre 18 y 40 años, mismos que experimentaban episodios de violencia familiar, sexual y/o de género como motivo de consulta ya sea manifiesto o latente, siendo una problemática recurrente, por lo que al identificar esta necesidad se propone crear un protocolo de intervención que abarcar, no sólo la contención de trastornos emocionales o de ansiedad sino también dar respuesta a la falta de información acerca de los derechos que respaldan a víctimas de agresiones y abusos así como la carencia de los servicios que manejen de manera integral la atención especializada a víctimas de conductas violentas sin algún tipo de referencia o afiliación a programas gubernamentales, aspecto que propició que influencio que este taller se realizará de manera interdisciplinaria en un solo protocolo dirigido a cualquier profesional de la salud mental que cuente con el perfil establecido para brindar una intervención cognitiva conductual que promueva la contención, intervención, orientación y canalización del usuario desde un enfoque cognitivo conductual.

7.3 OBJETIVOS

Objetivo General

Proporcionar un protocolo de intervención a víctimas de violencia de género a través de un taller psicológico con enfoque cognitivo conductual que propicie la mejoría a las posibles alteraciones en las estructuras psíquicas detonadas ante la vivencia de situaciones de violencia que las vulneren.

Objetivo Específico

Propiciar una correcta psicoeducación a las y los usuarios que sean víctimas de violencia de género acerca de la violencia que viven, propiciando un espacio seguro a través de un primer contacto psicológico respetando leyes vigentes en el estado de México y de esta

manera canalizarlos a instancias públicas o privadas donde puedan recibir una intervención integral.

7.4 HIPÓTESIS DE TRABAJO

Si se aplica un taller de intervención psicológica para víctimas en situación de violencia de género con un enfoque cognitivo conductual entonces se propiciará una mejoría en el estado emocional cognitivo de las mismas.

7.5 VARIABLES

Variable Dependiente

El taller de intervención psicológica a víctimas de violencia de género funge como la variable dependiente ya que está implícita hacia la correcta intervención terapéutica a población vulnerable de género, con esto nos referimos a que se desarrolle en tiempo y forma y con base al protocolo de 12 pasos y que se dirija a una población en un rango de edad de 18 a 40, así mismo, la correcta ejecución dependerá de que el perfil del terapeuta sea adecuado conforme a lo establecido, entendiéndolo como el conjunto de rasgos, cualidades y especificaciones que debe cumplir el profesional de la salud mental para el cumplimiento de objetivos de dicho taller.

Variable Independiente

Esta variable se puede identificar a través de la violencia que pudiera experimentar el usuario que acude en apoyo de una intervención, es decir, esta variable entrará en función a través del grado de agresión que experimenta la víctima, un ejemplo es si se encuentra en una situación de violencia extrema podría comprometer la salud física y psíquica del usuario(a) de tal forma que no se le permita tener la disposición mental o emocional para lograr cumplir con los objetivos establecidos por el taller.

7.6 MÉTODO CUALITATIVO

El método cualitativo fue el proceso por el cual se gesta nuestra propuesta de un taller a modo de intervención inicial, ya que a través de este se nos permite explorar el conjunto de percepciones, significados y constructos cognitivos que se presentan a través de representaciones individuales y colectivas acerca de un tema en específico, como en este caso el tema a tratar es víctimas de violencia debemos analizar desde esta perspectiva algunas de las creencias que se tienen acerca de estas condiciones presentadas en la víctima, reconocemos que actualmente la psicología sigue un margen de la científicidad cuando se trata de la ejecución de técnicas para ejercer dicha disciplina, misma que en muchas ocasiones puede ser abstracta durante su ejecución, sin embargo, esta científicidad no contribuye al entendimiento del sujeto desde su complejidad, por tal motivo indaga en el positivismo para la construcción de conocimiento teórico - práctico para una ejecución medible y válida.

La siguiente propuesta busca abarcar un taller de primer contacto a víctimas de violencia de género basándonos en un enfoque cognitivo conductual tomando en cuenta la perspectiva de género como herramienta filosófica al dirigir las actividades. Este taller proporciona 5 módulos para lograr una intervención breve exitosa los cuales consisten en: 1) El registro: Recopilar datos personales proporcionados por el usuario(a). 2) La orientación: Proporcionar un asesoramiento al usuario sobre su derecho a una vida libre de violencia, así como brindarle psicoeducación profesional relacionada a la salud mental. 3) La intervención: se aplicará una serie de técnicas científicamente avaladas para el tratamiento de un problema mental, emocional o conductual realizadas por un profesional de la salud mental en un espacio seguro. 4) La contención: Permite conducir al paciente a un estado de calma y validación haciéndolo consciente de sus capacidades, sus líneas de apoyo y las leyes que le respaldan. 5) La canalización: Una vez identificado el problema y haber explorado una solución, se brinda el contacto de instancias o grupos que puedan dar una continuidad al usuario con base a lo establecido según la NOM-046-SSA2 (2016). Lo anteriormente mencionado podemos visualizarlo a manera de ejecución en el capítulo 6 (Protocolo) como un cronograma de actividades, así como el desarrollo de cada módulo en un formato de carta descriptiva (ver anexo 1)

Esta propuesta está dirigida a profesionales de la salud mental que cuenten con un perfil estandarizado (capítulo 5) para brindar una intervención a usuarios/pacientes víctimas de violencia familiar o de género. Cabe mencionar que en este trabajo estaremos brindando una serie de pasos a seguir, así como una recomendación de las técnicas que puedan ser utilizadas en el abordaje, sin embargo, la ejecución de las mismas será responsabilidad del terapeuta ya que como se menciona anteriormente, deberá asegurarse de cumplir con una serie de características profesionales antes de llevarse a cabo. Hacemos hincapié en este punto en caso de que alguna institución pública o privada busque aplicar este taller en usuarios que pudieran ser aptos para experimentarlo, de esta forma se busca garantizar el cumplimiento de objetivos, así como el correcto funcionamiento de este.

CONCLUSIONES

Las víctimas que viven violencia de género requieren de un primer contacto de un especialista de la salud mental que se encuentre capacitado para proporcionar un espacio seguro de calidad y calidez donde pueda orientar, tratar y referir a usuarios que se encuentren vulnerados, a través de este taller podemos propiciar un espacio profesional en el que se puede tratar posibles problemas emocionales y psíquicos que pudieran presentarse como consecuencia de esta situación, por tal motivo es fundamental reconocer que la violencia de género es una problemática constante en la actualidad, aún más preocupante es que en ocasiones pasa desapercibida ante diversas situaciones, como lo es la violencia de género en un contexto familiar o de pareja donde se considera normal el que exista agresiones verbales, prohibiciones, menosprecio, indiferencia al experimentar estrés o enojo, estas situaciones comienzan a escalar a través de conductas violentas de mayor peligrosidad como aventones, golpes, destrucción de bienes personales llegando a un punto sin retorno como lo puede ser una violación, mutilación o asesinato, como se comenta esto es parte del día a día de una mexicana o mexicano y se convierte en algo tan natural que es incluso un estilo de vida o en ocasiones extremas un modelo de crianza, la violencia intrafamiliar, el sexismo o la discriminación son algunos ejemplos de violencia de género que se presenta en la contemporaneidad siendo un motivo de consulta recurrente durante el acompañamiento terapéutico tanto individual como familiar o de pareja identificándolos que el tipo de atención a personas en un rango de edad de entre 18 a 40 años se puede vislumbrar más claramente, esto puede tener múltiples factores, aunque enfocándonos en la violencia son cifras alarmantes ya que existe un despertar de conciencia en las personas pero no lo suficiente para prevenir la violencia.

Mientras que a través de la intervención especializada se promueve una mejoría emocional, conductual y cognitiva puesto que el perfil del especialista de la salud mental busca ser específico, siendo una variable esencial en esta propuesta para que este protocolo pueda tener en cuenta la necesidad de cada individuo de manera personalizada brindando empatía y validación constante ante el conflicto por el que atraviesa la comunidad para quienes va dirigido.

En el desarrollo de esta propuesta se puede garantizar que el usuario conozca acerca de las leyes que respaldan sus derechos humanos como lo es el derecho a una vida libre de violencia, propone otorgarle la capacidad de identificar conductas violentas en diversos aspectos de su vida y no normalizarse, por otra parte pudo brindarse una metodología capaz de ser dirigida a instancias especializadas que los amparen o respalden legal y clínicamente, este protocolo no sustituye un proceso terapéutico, ya que no cuenta con la estructura que pueda brindar una subsecuencia a un caso específico, esta propuesta es una herramienta complementaria que se ofrece a los profesionales en la salud mental que procura una respuesta contingente del área de salud mental ante una situación de alto riesgo como lo es la violencia.

ANEXOS

Anexo 1 – Carta descriptiva

Módulo	Actividad	Finalidad	Técnicas Sugeridas	Recursos	Tiempo Estimado
1 el registro	Ficha de Identificación y consentimiento informado	Conocer al usuario, así como sus necesidades terapéuticas.	-Entrevista semi estructurada - Consentimiento informado	-Formatos -Bolígrafo	20 min.
1 el registro	Registro del usuario	Tener un resguardo de los datos proporcionados por el usuario en una base de datos predeterminada	-Entrevista semiestructurada	-Base de datos (digital o física)	15 min
1 el registro	Expediente	Contar con un registro de lo evaluado y trabajado con él px.	-Formato PSOAP	-Formato SIS - Copia de identificación oficial	15 min
2 la orientación	Presentación del Taller	Proporcionar una breve introducción sobre lo que se hará durante el taller	-Inducción -Rapport -Objetivo general	-Folletos con información o programa	10 min
2 la orientación	Encuadre Terapéutico	Establecer acuerdos y objetivos terapéuticos que se llevarán a cabo durante el taller	-Encuadre terapéutico -Consentimiento verbal -Objetivos específicos	-Folletos con información o programa	20 min
2 la orientación	Psicoeducación	Informar a los pacientes sobre temas de importancia para el desarrollo del taller	-Psicoeducación	-Información sobre: -E.P.T. -Violencia. -Derechos Humanos	40 min

Anexo 1 – Carta descriptiva (continuación)

3 la intervención	Batería de pruebas	Aplicar escalas de Beck, escala de detección de violencia, violentómetro, cuestionario de experiencias traumáticas	-Explicación	Anexos 1,2 y 3	10 min
3 la intervención	Técnicas de Exposición	Realizar la intervención terapéutica a través de técnicas expositivas	- Utilizar las señaladas en el capítulo	-Utilizar las señaladas	50 min
3 la intervención	Técnicas de Contención	Realizar el cierre de la intervención terapéutica a través de técnicas de contención	- Utilizar las señaladas en el capítulo	-Utilizar las señaladas	50 min
4 la contención	Evaluación	Aplicar una evaluación final para determinar la mejoría emocional detectada	-Escucha activa	-Anexo 7	20 min
4 la contención	Prevención	Abarcar las medidas preventivas a realizar en caso de que el suceso violento se repita (cierre).	-Psicoeducación -Tareas a realizar en casa	-Valoración de riesgo (en caso de ser necesario)	20 min
5 la canalización	Referencia o canalización	Proporcionar al usuario los datos, así como una carta de referencia o canalización para continuar con su atención en un establecimiento público o privado.	-Informes	-Publicidad -Contacto del lugar a canalizar -Hoja de referencia	10 min

Anexo 2 - Entrevista Inicial

I. DATOS GENERALES:

1. Nombre: _____
2. Lugar y Fecha de Nacimiento: _____
3. Edad en años y meses: _____ sexo: _____
4. Dirección y teléfono: _____
5. Grado escolar: _____ Escuela: _____
6. Estado actual (motivo de consulta): _____

II. HISTORIA FAMILIAR:

1. Padre: _____ Edad: _____
Ocupación: _____
Adicciones: _____
Relaciones con el niño: estable, inestable, conflictiva, mucha, poca, ninguna comunicación.
2. Madre: _____ Edad: _____
Ocupación: _____
Adicciones: _____
Relaciones con el niño: estable, inestable, conflictiva, mucha, poca, ninguna comunicación.
3. Relaciones de pareja: buena, regular, mala, separados, divorciados, abandono total de un miembro.
Especificar razones: _____

4. Hermanos: sexo y edad: _____

Relaciones con el niño (cada hermano) estable, inestable, conflictiva, mucha, poca, ninguna comunicación.
5. Antecedentes familiares:
Médicos: _____
Psiquiátricos: _____
Tóxicos: _____
6. Reacción de los padres ante el problema del niño:

III. HISTORIA PERSONAL.

1. **Antecedentes:**

- Embarazo: _____ hijo deseado: _____
Dificultades prenatales (médicas, intentos aborto, psicológicas): _____

Anexo 3 - Escala de Ansiedad de Beck (BAI)

01	Torpe o entumecido	0	1	2	3
02	Acalorado.	0	1	2	3
03	Con temblor en las piernas.	0	1	2	3
04	Incapaz de relajarse.	0	1	2	3
05	Con temor a que ocurra lo peor.	0	1	2	3
06	Mareado, o que se le va la cabeza.	0	1	2	3
07	Con latidos del corazón fuertes o acelerados.	0	1	2	3
08	Inestable.	0	1	2	3
09	Atemorizado o asustado.	0	1	2	3
10	Nervioso.	0	1	2	3
11	Con sensación de bloqueo.	0	1	2	3
12	Con temblores en las manos.	0	1	2	3

Anexo 3 - Escala de Ansiedad de Beck (BAI) (continuación)

13	Inquieto, inseguro.	0	1	2	3
14	Con miedo a perder el control.	0	1	2	3
15	Con sensación de ahogo.	0	1	2	3
16	Con temor a morir.	0	1	2	3
17	Con miedo.	0	1	2	3
18	Con problemas digestivos.	0	1	2	3
19	Con desvanecimientos.	0	1	2	3
20	Con rubor facial.	0	1	2	3
21	Con sudores, fríos o calientes.	0	1	2	3

Anexo 4 - Escala de Depresión de Beck

1. Tristeza

- **No me siento triste.**
- **Me siento triste gran parte del tiempo.**
- **Me siento triste todo el tiempo.**
- **Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.**

2. Pesimismo

- **No estoy desalentado respecto de mi futuro.**
- **Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.**
- **No espero que las cosas funcionen para mí.**
- **Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.**

3. Fracaso

- **No me siento como un fracasado.**
- **He fracasado más de lo que hubiera debido.**
- **Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.**
- **Siento que como persona soy un fracaso total.**

4. Pérdida de Placer

- **Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.**
- **No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.**
- **Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.**
- **No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.**

5. Sentimientos de Culpa

- **No me siento particularmente culpable.**
- **Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.**
- **Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.**
- **Me siento culpable todo el tiempo.**

Anexo 4 - Escala de Depresión de Beck (continuación)

6. Sentimientos de Castigo

- No siento que este siendo castigado.
- Siento que tal vez pueda ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo

- Siento acerca de mí mismo que siempre.
- He perdido la confianza en mí mismo.
- Estoy decepcionado conmigo mismo.
- No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

- No me critico ni me culpo más de lo habitual.
- Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.
- Me critico a mí mismo por todos mis errores.
- Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- No tengo ningún pensamiento de matarme.
- He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.
- Querría matarme.
- Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- No lloro más de lo que solía hacerlo.
- Lloro más de lo que solía hacerlo.
- Lloro por cualquier pequeñez.
- Siento ganas de llorar, pero no puedo.

11. Agitación

- No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.

Anexo 4 - Escala de Depresión de Beck (continuación)

- **Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.**
- **Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.**

12. Pérdida de Interés

- **No he perdido el interés en otras actividades o personas.**
- **Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.**
- **He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.**
- **Me es difícil interesarme por algo.**

13. Indecisión

- **Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.**
- **Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.**
- **Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.**
- **Tengo problemas para tomar cualquier decisión.**

14. Desvalorización

- **No siento que yo no sea valioso.**
- **No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.**
- **Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.**
- **Siento que no valgo nada.**

15. Pérdida de Energía

- **Tengo tanta energía como siempre.**
- **Tengo menos energía que la que solía tener.**
- **No tengo suficiente energía para hacer demasiado.**
- **No tengo energía suficiente para hacer nada.**

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- **No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.**
- **Duermo un poco menos que lo habitual.**
- **Duermo mucho menos que lo habitual.**
- **Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.**

Anexo 4 - Escala de Depresión de Beck (continuación)

17. Irritabilidad

- No estoy tan irritable que lo habitual.
- Estoy más irritable que lo habitual.
- Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- Mi apetito es mucho menor que antes.
- No tengo apetito en absoluto.

19. Dificultad de Concentración

- Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
- Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- He perdido completamente el interés en el sexo.

Anexo 5 - Escala de Desesperanza de Beck

ITEMS	V	F
1. Veo el futuro con esperanza y entusiasmo.		
2. Quizás debería abandonar todo, porque no puedo hacer las cosas mejor.		
3. Cuando las cosas están mal, me ayuda pensar que no va a ser así para siempre.		
4. No puedo imaginar cómo va a ser mi vida dentro de 10 años.		
5. El tiempo me alcanza para hacer lo que más deseo hacer.		
6. En el futuro, espero tener éxito en lo que más me importa.		
7. El futuro aparece oscuro para mí.		
8. En la vida, espero lograr más cosas buenas que el común de la gente.		
9. En realidad, no puedo estar bien, y no hay razón para estarlo en el futuro.		
10. Mis experiencias pasadas me han preparado bien para el futuro.		
11. Más que bienestar, todo lo que veo por delante son dificultades.		
12. No espero conseguir lo que realmente quiero.		
13. Espero ser más feliz de lo que soy ahora.		
14. Las cosas nunca van a marchar de la forma en que yo quiero.		
15. Tengo gran confianza en el futuro.		
16. Como nunca logro lo que quiero, es una locura querer algo.		
17. Es poco probable que en el futuro consiga una satisfacción real.		
18. El futuro parece vago e incierto para mí.		
19. Se pueden esperar tiempos mejores que peores.		
20. No hay razón para tratar de conseguir algo deseado, pues probablemente no lo logre.		

Anexo 6 - Herramienta de detección de violencia

Número de Expediente _____ Fecha: _____		
Nombre del especialista de salud que aplica la herramienta de detección		
VIOLENCIA PSICOLÓGICA		
Sección 1. En los últimos doce meses, su pareja o alguien importante para usted:		
¿Controla mayor parte de su tiempo, actividades o dinero?	Sí, ¿Quién lo hizo?	No
¿Le ha menospreciado o humillado?	Sí, ¿Quién lo hizo?	No
¿Le ha amenazado con golpearla o usar contra usted alguna navaja, cuchillo, machete o arma de fuego?	Sí, ¿Quién lo hizo?	No
VIOLENCIA FÍSICA		
Sección 2. En los últimos doce meses, su pareja o alguien importante para usted:		
¿Le ha golpeado provocándole moretones, fracturas, heridas, u otras lesiones?	Sí, ¿Quién lo hizo?	No
¿Le ha tratado de ahorcar?	Sí, ¿Quién lo hizo?	No
¿Le ha agredido con algún objeto, navaja, cuchillo, machete o arma de fuego?	Sí, ¿Quién lo hizo?	No
VIOLENCIA SEXUAL		
Sección 3. En los últimos doce meses, su pareja o alguien importante para usted:		
¿Le ha forzado a tocamientos o manoseos sexuales en contra de su voluntad?	Sí, ¿Quién lo hizo?	No
¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad con violencia física?	Sí, ¿Quién lo hizo?	No
¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad sin violencia física?	Sí, ¿Quién lo hizo?	No
¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad y resultó embarazada?	Sí, ¿Quién lo hizo?	No

**Anexo 7 - “Escala de 8 ítems para los Resultados del Tratamiento del TEPT”
(TOP-8)**

El entrevistador debe identificar qué suceso traumático es el más molesto y valorar cuánto ha molestado cada síntoma al paciente durante la última semana.

Acontecimiento:

1. ¿Ha experimentado imágenes dolorosas, pensamientos o recuerdos de acontecimientos que no ha podido apartar de su mente, aunque quisiera?

0.Nada

1.Leve: raramente y/o molestos

2.Moderado: por lo menos una vez a la semana y/o producen algo de estrés

3.Grave: por lo menos 4 veces por semana o moderadamente estresante

4.Extremadamente grave: diariamente o producen tanto estrés que el paciente no puede trabajar o funcionar socialmente

2. ¿Se ha expuesto a un suceso que le recuerda o se parece al acontecimiento vivido, le provoca alguna respuesta física (temblores, taquicardias, hiperventilación, mareo, náuseas)?

0.Nada

1.Un poco: infrecuente o dudoso

2.Algo: levemente estresante

3.Significativo: causa mucho estrés

4.Marcado: muy estresante; puede hacerle buscar ayuda debido a la respuesta física (p.ej. dolor torácico tan grave que el paciente esté seguro de tener un ataque de corazón)

3. ¿Ha evitado lugares, gente, conversaciones o actividades que le recuerdan el acontecimiento?

0.No evita

1.Leve:de dudosa significación

2.Moderado: evitación clara de las situaciones

3.Grave: muy incómoda y la evitación afecta su vida de alguna manera

4.Extremadamente grave: encerrado en casa, no va a tiendas o restaurantes, restricciones funcionales mayores

4. ¿Ha experimentado menos interés (placer) en cosas de las que antes habitualmente disfrutaba?

0.Sin pérdida de interés

**Anexo 7 - “Escala de 8 ítems para los Resultados del Tratamiento del TEPT”
(TOP-8) (continuación)**

- 1.Una o dos actividades menos placenteras
- 2.Varias actividades menos placenteras
- 3.La mayoría de las actividades menos placenteras
- 4.Casi todas las actividades menos placenteras

5. ¿Tiene menos contacto con la gente que el que solía tener? ¿Se siente distanciado de la gente?

- 0.No problema
- 1.Sentimientos de distanciamiento/alejamiento, pero aún mantiene un grado de contacto normal con otros
- 2.Algunas veces evita contactos en los que normalmente participaría
- 3.Clara y usualmente evita a la gente con la que previamente se asociaba
- 4.Rechaza absolutamente o evita activamente todo contacto social

6. ¿Puede tener sentimientos cariñosos/sentirse cerca de otros? ¿Se siente insensible?

- 0.Sin problema
- 1.Leve: o dudosa significación
- 2.Moderado: alguna dificultad expresando sentimientos
- 3.Grave: problemas claros expresando sentimientos
- 4.Muy grave: no tiene sentimientos, insensible la mayor parte del tiempo

7. ¿Se mantiene en estado de alerta, en vigilancia constante o nervioso?

- 0.Sin problema
- 1.Leve: ocasional/no interfiere
- 2.Moderado: causa molestias/se siente nervioso o vigilante en algunas situaciones
- 3.Grave: causa molestias/se siente nervioso o vigilante en la mayoría de las situaciones
- 4.Extremadamente grave: causa extrema de molestias y/o altera la vida (sentimientos constantes de alerta/socialmente incapacitado debido a su hipervigilancia)

8. ¿Se asusta fácilmente? ¿Tiene tendencia a asustarse? ¿Es esto un problema después de un ruido inesperado, o si usted oye o ve algo que le recuerda su trauma?

- 0.Sin problema
- 1.Leve: ocasional pero no interfiere
- 2.Moderado: causa claras molestias o una respuesta exagerada de susto por lo menos cada 2 semanas
- 3.Grave: ocurre más de una vez por semana
- 4.Extremadamente grave: tan mal que el paciente no puede funcionar, ni en el trabajo, ni socialmente

Anexo 8 - Escala de Cambio Percibido

Nombre:

Fecha:

Sesión:

Expediente:

A continuación rodea con un círculo el número que mejor describa el estado en el que te encuentres ante cada afirmación, teniendo en cuenta que las escalas se determinará de la siguiente manera:

1	2	3	4	5	6	7
Mucho Mayor	Bastante Mayor	Mayor	Igual	Menor	Bastante Menor	Mucho Menor

1. A diario, cuando pienso en lo que ha sucedido, experimenté un grado de malestar emocional, que en comparación con lo que experimentaba antes de empezar el tratamiento, es:

1 2 3 4 5 6 7

2. En esta sesión, cuando he pensado en lo que ha sucedido, experimenté un grado de malestar emocional, que en comparación con lo que experimentaba antes de empezar el tratamiento,

1 2 3 4 5 6 7

3. Desde el último encuentro del grupo, la cantidad de pensamientos, sueños o recuerdos desagradables acerca de lo ocurrido es:

1 2 3 4 5 6 7

4. En comparación con lo que hacía antes del tratamiento, intenté alejarme de situaciones asociadas a lo que he vivido, en un grado que es:

1 2 3 4 5 6 7

5. Desde el último encuentro con el grupo, la ansiedad que experimenté en mi vida cotidiana es:

1 2 3 4 5 6 7

6. En general, en mi vida cotidiana, desde el último encuentro con el grupo, me he sentido:

1 2 3 4 5 6 7

7. Creo que lo practicado en esta sesión me ayudará a sentirme:

1 2 3 4 5 6 7

BIBLIOGRAFÍA

- Aguado M., et al. (2004). Evaluación cognitivo-conductual del trastorno por estrés postraumático. Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan.
- Alario B., (2005). Secuelas emocionales en prostitutas maltratadas. 23.
- Arinero, M. (2006). Análisis de la eficacia de un programa de intervención psicológico para víctimas de violencia doméstica. Tesis de doctorado: universidad complutense de Madrid. Madrid: España.
- Barberá, E., et al. (2004). Psicología y género. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Batres, G. (1997). De ultraje a la esperanza. Tratamiento para las secuelas del incesto. ILANUD.
- Batres, G. (2000). Manual de tratamiento para sobreviviente de abuso sexual. San José, Costa Rica: ILANUD.
- Batres, G. (2009). Congreso internacional modelos de prevención, atención y sanción de la violencia contra las mujeres. Ponencia: “La terapia género sensitiva con víctimas y perpetradores de la violencia sexual: Un aporte latinoamericano”. UNAM, Ciudad de México, 5 al 7 de mayo de 2009.
- Beck, A., et al. (1983). Terapia cognitiva de la depresión. 3a ed. Biblioteca de psicología.
- Beck, A., Freeman, A. (1995), Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad, Barcelona: Paidós
- Caballo, V., et al. (1995). Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos, fundamentos conceptuales; trastornos por ansiedad, afectivos y psicóticos. España, España editores.
- Cañas Z., (2007). Caracterización teórico-metodológica de las intervenciones grupales con mujeres víctimas de violencia en la pareja.
- Echeburúa, E., et al. (1996). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno por estrés postraumático crónico en víctimas de maltrato doméstico: un estudio piloto. Análisis y modificación de conducta.
- Echeburúa, E., et al. (2002). Mujeres maltratadas en convivencia prolongada con El agresor: variables relevantes. Acción Psicológica.
- Ellis, A. (1980). Razón y Emoción en Psicoterapia. 4ª. Ed. España: Desclée de Brouwer.
- Esparsa, A., (2006). Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. INMUJERES México.
- Gordillo, M. (2008). Nuevas perspectivas en orientación, del counseling al coaching. Madrid: Editorial Síntesis.
- Greenberg, L., Paivo, S. (2009). Trabajar con las emociones en psicoterapia. Barcelona: Paidós.
- Jiménez, L. (1961). La llamada victimología en estudios de derecho penal y criminología, I., Argentina: Bibliográfica Omeba
- Kirkwood, C. (1999). Cómo separarse de su pareja abusadora. México: Granica.
- Labrador, F. et al, (2004). Mujeres víctimas de Violencia Domestica: programa de actuacion. Madrid. Piramide.

- Lopez, F., (2009). La adquisición del rol y la identidad sexual; función de la familia, Universidad de Salamanca.
- Miracco, M., et al. (2008). Tratamientos psicoterapéuticos eficaces para mujeres golpeadas con trastorno por Estrés postraumático. Revista argentina de clínica psicológica.
- Morris, C., Maisto, A. (2001). Psicología. 10a ed. México: Pearson Educación.
- Muntané, M., (2012). Psicobiología de la ira, de la violencia y la agresividad, y de la sexualidad. España: Diaz de Santos.
- ONU Mujeres, (s,f), Tipos de violencia contra las mujeres y las niñas, Money J. y Ehrhardt, A. (1982). Desarrollo de la sexualidad humana (diferencia y dimorfismo de la identidad de género). Ediciones Morata.
- Paz R., et al. (2004). Efectos psicopatológicos del maltrato doméstico. Avances en Psicología Latinoamericana.
- Sanmartin J. (2000). La violencia y sus clases. Barcelona, Ariel.
- Skewes, M., et al. (2013). The biopsychosocial model of addiction. Elsevier eBooks.
- Torres, M. (2001). La violencia en casa. Buenos Aires: Paidós, Bien Común y Gobierno.
- Barreiro J., (2019). Conoce la Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS), Barreiro Psicología. <https://barreiropsicologia.com/blog/la-terapia-breve-centrada-en-soluciones>
- Bulacio J. et al (2004). El uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica. XI Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-029/16.pdf>
- C.D.D. (2023). Ley General de Víctimas, [L.G.V.], Reformada, Congreso de la Unión: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGV.pdf>
- Castillo M., (2006). El comportamiento agresivo y sus diferentes enfoques, Psicogente. <https://www.redalyc.org/pdf/4975/497552137012.pdf>
- CNDH. (2005). NOM-046-SSA2 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. <https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR19.pdf>
- CONAVIM, (2018). ¿Qué es la perspectiva de género y por qué es necesario implementarla?, Gobierno de México. <https://www.gob.mx/conavim/articulos/que-es-la-perspectiva-de-genero-y-por-que-es-necesario>
- DIF, (2021). Índice de vulnerabilidad social, CONEVAL. https://sitios1.dif.gob.mx/alimentacion/docs/Indice_Vulnerabilidad_Social_DIF_CONEVAL_2021.pdf
- Florido L., (2020). Análisis de los Instrumentos de Evaluación Psicométrica del TEPT en Población Española, Universidad Pontificia Comillas (Madrid). <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/41288>
- Garcia A., (2020), Violencia en el Estado de México, Insele. <http://www.inesle.gob.mx/Investigaciones/2020/03-20%20Violencia%20en%20el%20Estado%20de%20Mexico.pdf>

- Guajardo R., Cavazos C., (2013). Intervención centrada en soluciones cognitivo conductual en un caso de violencia en el noviazgo. Revista Electrónica De Psicología Iztacala, 16. <https://revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/39961>
- INE, (2020). Concepto de víctima y sus tipos, Igualdad de género y su no discriminación. https://igualdad.ine.mx/wp-content/uploads/2020/07/Guia_Preencion_Violencia_Politica_Texto_9.pdf
- INEGI, (2021). Violencia contra la mujer en México. <https://www.inegi.org.mx/tablerosestadisticos/vcmm/>
- INMUJERES, (2007). El impacto de los estereotipos y los roles de género en México. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100893.pdf
- Lopez D., (2020). Edward Lee Thorndike y John Broadus Watson: dos explicaciones del aprendizaje, Universidad de los Andes. <https://www.redalyc.org/journal/356/35666225025/html>
- Loria C. (2011). Protocolo de contención emocional para profesionales que atienden a mujeres víctimas de violencia de género. CONACYT. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/50323/Protocolo_de_Contencion_emocional_para_profesionales.pdf
- Menendez E., (2010). Violencias en México: las explicaciones y las ausencias, Scielo. <https://www.scielo.org.mx/pdf/alte/v22n43/v22n43a12.pdf>
- ONU, (1985). Declaración sobre los principios fundamentales de justicia para las víctimas de delitos y del abuso de poder, Asamblea General de la ONU. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/declaration-basic-principles-justice-victims-crime-and-abuse>
- Sanz J., (2013). 50 años de los inventarios de depresión de Beck: consejos para la utilización de la adaptación española del BDI-II en la práctica clínica, Papeles del psicólogo. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77828443001.pdf>
- SEGOB, (2016). ¿A qué se refiere el derecho a una vida libre de violencia?, Gobierno de México. <https://failover.www.gob.mx/mantenimiento.html#:~:text=El%20derecho%20a%20una%20vida%20libre%20de%20violencia%20es%20el,privado%20como%20en%20el%20p%C3%ABlico>