



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN
CIENCIAS MEDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD.
SALUD MENTAL PUBLICA.**

**FACTORES ASOCIADOS CON LA BÚSQUEDA DE AYUDA
EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA**

T E S I S
PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN CIENCIAS
P R E S E N T A :
INGRID BERENICE LÓPEZ ESTRADA

**TUTOR:
DRA. LUCIANA RAMOS LIRA**

AGOSTO, 2007





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis la dedico con todo mi cariño a mis padres, Chela y Toño, quienes son mi motivación en la vida. Gracias por estar conmigo incondicionalmente, por enseñarme a nadar contracorriente y por creer en mi... porque sin ellos y sus enseñanzas no estaría aquí y no sería quien soy...

A Marco, mi hermano, por el apoyo, por siempre tener una palabra de aliento, por las eternas pláticas y exposiciones, pero sobretodo porque con su ejemplo me ha enseñado que al final lo que realmente vale la pena es la sencillez con la que nos dirigimos en la vida...

A toda mi familia, a mis abuelos, Julia, Martha y Esteban, a mis tíos y primos que siempre me han apoyado.

A Luciana Ramos por ser mi guía en esta tesis, por contagiarme de optimismo y genuino interés, por no conformarse y por querer cambiar al mundo... y porque con su ejemplo me ha hecho una mejor persona...

A Martha Romero por su paciencia y entrega en este proyecto, y por enseñarme a ver que más allá de la investigación, a ver realmente a las mujeres de este estudio...

A Sole, Sandy y Tania por compartir esta etapa, por sufrir cada comité conmigo y porque este trabajo está lleno de sus comentarios.

Un agradecimiento muy especial a las mujeres que participaron en este estudio compartiendo sus experiencias conmigo. Me han enseñado que son verdaderas guerreras!!

A las autoridades de la UAPVIF Tlalpan y al personal que ahí labora, quienes siempre dispuestos a colaborar. Gracias!!

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
I. PANORAMA DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA	6
I.1 Magnitud del problema	7
I.1.1 El problema de la comparación entre estudios	7
I.1.2 Estudios a nivel mundial.....	8
I.1.3 Estudios a nivel nacional.....	10
I.2 Costos generados por la violencia doméstica	11
I.3 Efectos en la salud de las mujeres	13
I.4 Dificultades para reconocer la violencia y pedir ayuda.....	15
II. CONTEXTO SOCIOCULTURAL DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA	16
II.1 Género y poder: la lucha por la visibilización de la violencia	16
II.1.1 Un recorrido sobre la teoría feminista	16
II.1.2 El género como experiencia vivida:	
Construcciones socioculturales acerca del hombre y la mujer.....	20
II.1.3 La reproducción de la desigualdad	23
II.1.4 Violencia doméstica y patriarcado	26
II.2 Normativa nacional y en el Distrito Federal acerca de la violencia doméstica.....	29
III. CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA	32
III.1 Tipos de violencia doméstica	32
III.2 El ciclo de la violencia	33
III.3 El Apego Traumático	35
III.4 El Síndrome de Estocolmo	35
III.5 Características de las mujeres en situación de violencia	37
IV. FACTORES ASOCIADOS CON LA VIOLENCIA DOMÉSTICA	41
IV.1 Una aproximación al problema de la violencia doméstica: Modelo Ecológico	
IV.1.1 El Modelo Ecológico de Bronfenbrenner	41
IV.1.2 El Modelo Ecológico aplicado al problema de la violencia doméstica	43
IV.1.2 .1 Macrosistema	44
IV.1.2 .2 Exosistema	45
IV.1.2 .3 Microsistema	47
IV.1.2 .4 Nivel individual	47
V. BÚSQUEDA DE AYUDA: EL INICIO DE LA RUTA CRÍTICA	51
V.1 El modelo del proceso de atención médica	51

V.1.1 El reconocimiento de la necesidad	53
V.2 El proceso de la ruta crítica.....	54
V.3 Hacia un modelo ecológico de comprensión de la búsqueda de ayuda y del inicio de la ruta crítica en mujeres maltratadas.....	56
V.3.1 Esquema conceptual: Factores que intervienen en la ruta crítica	59
V.4 Estudios acerca de la búsqueda de ayuda: el inicio de la ruta crítica.....	63
VI. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	65
VI.1 Objetivo General	66
VI.2 Objetivos Específicos.....	66
VI.3 Supuestos teóricos	66
VII. MÉTODO	67
VII.1 Diseño de investigación.....	67
VII.2 Definición del universo de estudio	68
VII.3 Tipo de muestreo.....	69
VII.4 Estrategia de reclutamiento de informantes	70
VII.5 Instrumento	71
VII.6 Plan de análisis.....	72
VIII. CONSIDERACIONES ÉTICAS	73
IX. RESULTADOS.....	75
IX.1 Características sociodemográficas de las mujeres.....	76
IX.2 Viñetas descriptivas	78
IX.3 Ordenamiento conceptual.....	92
IX.3.1 Factores inhibidores	92
IX.3.2 Factores impulsores	106
IX.3.3 Factor precipitante	113
IX.3.4 Ruta Crítica.....	113
X. DISCUSIÓN	116
XI. CONCLUSIONES	130
BIBLIOGRAFÍA.....	135
ANEXO 1: Criterio diagnóstico Desorden por Estrés Postraumático	143
ANEXO 2: Ruta Crítica de la UAPVIF	145
ANEXO 3: Consentimiento informado.....	146
ANEXO 4: Guía de entrevista inicial (aplicada durante el piloto)	148
ANEXO 5: Guía de entrevista final.....	151

INTRODUCCIÓN

La violencia de género es un problema que se vive cotidianamente y se manifiesta de diferentes formas, ya sea de manera física, sexual y/o emocional. La violencia empezó a ser reconocida como problema social y de salud a finales de los años setenta, cuando organizaciones de grupos de mujeres comenzaron a proveer servicios y apoyo a mujeres víctimas de violencia sexual y de maltrato por parte de sus parejas. Lo cual marcó un parteaguas en la lucha por la visibilización de la violencia, ya que estas organizaciones empezaron a denunciar un problema que durante años permaneció oculto, puesto que era vivido como algo “natural”.

El silencio en torno a la violencia, es producto de diversos mecanismos que sostienen, producen y legitiman relaciones desiguales entre hombres y mujeres, que inciden en su subjetividad y por tanto en la forma de relacionarse con el mundo. Ante esto, es necesario entender el problema considerando conceptos como el género y el poder, de modo que la violencia sea visualizada no como un problema individual, sino como un problema político y social, producto de una organización estructurada sobre la base de la desigualdad.

Dentro del marco de la violencia de género, la presente investigación hace referencia a la denominada violencia doméstica, es decir a la violencia que ocurre en la relación de pareja, y que como lo marca la evidencia nacional e internacional, es ejercida más frecuentemente por el hombre. El maltrato al que nos referimos no solamente implica la violencia física, la más visible y susceptible de ser reconocida por prestadores de servicios de salud, sino la sexual y emocional que permanecen en ocasiones silenciadas y que traen consigo una serie de secuelas en la salud física y mental de las mujeres que las viven, comprometiendo su bienestar en general.

No obstante, es necesario puntualizar que si bien la cultura patriarcal presenta un ambiente idóneo para “naturalizar” la violencia, existe también una compleja red de factores de orden psicosocial involucrados en el problema. La literatura apunta que si no se cuenta con información, recursos económicos y apoyo institucional y familiar, las mujeres permanecen en relaciones donde experimentan violencia por parte de su pareja, siendo importante resaltar que ocurre junto a la presencia de factores internos que funcionan como un entrampamiento psicológico paulatino. Este impide “mirar” el problema como lo observan y juzgan quienes están afuera de la relación (desde la familia hasta el personal de salud y de justicia) dificultando entonces la búsqueda de ayuda.

En este sentido, cabe señalar que la violencia a la que nos referimos involucra un patrón de control coercitivo, donde el hombre realiza una serie de conductas de tipo físico, psicológico y/o sexual con la finalidad de herir, controlar, o humillar a la pareja mujer. Estamos considerando relaciones de pareja en donde las mujeres viven en constante temor por su vida, experimentando estados de shock, negación y confusión, que ante la escalada de violencia producen una percepción de ausencia de vías de salida y en consecuencia problemas como depresión, abuso de sustancias y ansiedad (Ramos, Saltijeral y Caballero, 2002).

Esta tesis se inscribe en la necesidad de generar conocimiento científico que pueda ser aplicado a las mujeres maltratadas considerando su salud mental, las barreras y obstáculos para pedir ayuda formal, así como la ruta seguida en este proceso cuando lo inician. Ante todo lo anterior, y considerando que las mujeres maltratadas suelen tardar años en pedir atención formal, algunas preguntas que parecen obligadas son ¿Por qué las mujeres que viven una situación de violencia doméstica siguen ahí? ¿Por qué se les dificulta reconocerla? ¿A quién piden ayuda? ¿Qué factores les llevan a pedir ayuda formal? Esta investigación pretende conocer los factores impulsores, inhibidores o precipitadores asociados a la búsqueda de ayuda en mujeres maltratadas por su pareja y las acciones emprendidas en esa búsqueda.

Para abordar lo anterior, se desarrollan en el primer capítulo una serie de antecedentes sobre prevalencias, costos y efectos de la violencia para la salud, que permitirán ubicar las dimensiones del problema. En el segundo capítulo se exponen factores socioculturales asociados a la violencia doméstica que dificultan su reconocimiento y la minimizan o niegan, así como la lucha de la teoría feminista por visibilizar la violencia que durante años permaneció silenciada. El tercer capítulo comprende las teorías que pretenden explicar las dinámicas de la violencia, el vínculo entre el abusador y la mujer maltratada, y lo que generan estas dinámicas en la salud mental de la mujer. El capítulo cuatro propone un abordaje teórico que permite ubicar los diferentes factores culturales, sociales y psicológicos que se entremezclan en el problema de la violencia, así como una variedad de estudios ubicados en dichos niveles. En el capítulo quinto se presenta una aproximación a la búsqueda de ayuda de mujeres maltratadas. En el capítulo sexto se refiere al planteamiento del problema y los objetivos que guían este estudio. El capítulo séptimo describe el método utilizado en el estudio. En el capítulo octavo se describen las consideraciones éticas que se siguieron en la realización de la investigación. En el capítulo noveno se presenta el análisis e interpretación de los resultados. Y en el capítulo décimo se expone la discusión de los resultados. Finalmente, en el capítulo décimo primero se presentan las conclusiones.

I. PANORAMA GENERAL DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

La violencia que experimentan las mujeres por parte de sus parejas ha sido reconocida como un problema de salud pública por su magnitud, costos sociales y sanitarios, así como por sus consecuencias, pues compromete el bienestar general de las mujeres que la sufren, requiriendo ser abordada desde diferentes disciplinas.

En el ámbito internacional se han realizado diversos acuerdos sobre el problema: en 1993 la Asamblea de la ONU aprobó la *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer*, siendo el primer documento internacional de derechos humanos que aborda exclusivamente el tema de la violencia contra la mujer, y lo reconoce como una violación de los derechos humanos y las libertades.

Dentro de este marco, la violencia doméstica compete a las instituciones de justicia y políticas públicas, pero también implica a las Instituciones de Salud. En 1995, la *Plataforma de Acción de Beijing* (procedente de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer) reconoció que “siguen sin conocerse bien las consecuencias de la violencia en el hogar, los modos de impedirla y los derechos de las víctimas. En muchos países son deficientes las medidas jurídicas y legislativas que se adoptan, particularmente en la esfera de la justicia penal, para eliminar las diferentes formas de violencia contra la mujer y los niños, incluida la violencia doméstica. Las estrategias de prevención siguen siendo fragmentarias y se adoptan como reacción a los acontecimientos, siendo escasos los programas relativos a estas cuestiones”.

La violencia doméstica puede situarse dentro del contexto más amplio de la violencia de género o contra la mujer, definida por la “Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer” (Convención de Belém do Pará) aprobada por la Organización de los Estados Americanos (1994) en su artículo primero como: *... Todo acto o conducta de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, tanto si se produce en la vida pública como en la privada.*

Dentro de este contexto, para este trabajo se retoma la definición de Jorge Corsi (1997), que señala como **violencia doméstica** a la que *ocurre en la relación de pareja, implicando aquella forma de interacción que, enmarcada en un contexto de desequilibrio de poder, incluye*

conductas de una de las partes que, por acción u omisión, ocasionan daño físico o psicológico a otro miembro de la relación, y que nunca o casi nunca son espontáneas o accidentales. Sin restar importancia a la violencia ejercida por la mujer hacia el hombre, la evidencia nacional e internacional así como los registros de diversas fuentes, muestran que la violencia de pareja es ejercida más frecuentemente por el hombre e implica una serie de componentes psicológicos, físicos y/o sexuales que comprometen la salud mental y el bienestar general de la mujer. Por ello, la presente investigación centra su interés en la violencia contra la mujer, específicamente en la llamada violencia doméstica.

Con el objetivo de dar un panorama acerca de este tipo de violencia, se presentan a continuación algunos datos sobre su magnitud, costos y consecuencias, así como algunos estudios que revelan características sobre la dinámica del abuso doméstico. Sin embargo, es necesario considerar en primer término las dificultades que implica la propia comparación entre datos.

I.1 MAGNITUD DEL PROBLEMA

I.1.1 El problema de la comparación entre estudios

El estudio de cualquier fenómeno parte de una conceptualización que marca las estrategias de la investigación y el abordaje metodológico. Los estudios acerca de la violencia doméstica realizados durante las dos últimas décadas en Latinoamérica, muestran que no existe una definición unificada sobre este fenómeno.

La variedad de definiciones determinan una forma diferente de observarlo, y en consecuencia una manera distinta de medirlo. El amplio rango en el que fluctúan las prevalencias reportadas [de un 10 a un 50% a nivel mundial, y de entre 28 y 72% a nivel nacional, observadas por Hajar, et al. (1992), Valdez, et al.(1992), Ramírez, et al. (1993), Ramírez, et al. (1996), Vizcarra (2001), ENVIM (2003)] puede deberse a estas diferencias teórico-metodológicas pues en algunos casos la violencia doméstica es abordada con un reactivo general (¿Alguna vez ha experimentado en su vida una relación violenta?) o con base en diferentes comportamientos durante periodos variables de tiempo (alguna vez, en los últimos 12 meses, actualmente). Todas las definiciones incluyen la dimensión física, y otras consideran también las dimensiones emocional y sexual. Esta diversidad conceptual y metodológica vuelve muy difícil la

comparación de la magnitud de este fenómeno en distintas sociedades y entre sectores de la misma población, además por el tipo de poblaciones objetivo que son investigadas, por ejemplo: comunidad o instituciones de salud.

Al respecto, Castro y Riquer (2003) comentan que la mayoría de los estudios de prevalencia no reportan haber diferenciado a la violencia que sufren las mujeres entrevistadas en términos de severidad. Ello hace que los autores reporten como dentro de la prevalencia ya sea a casos de mujeres que han sufrido solamente alguna vez un comportamiento violento como los que en el otro extremo, reportan sufrir formas graves de violencia crónica. Esto no quiere decir que los primeros no sean importantes, pero sí que puede haber un rango amplio al incluir diversos comportamientos violentos.

No obstante, es importante conocer los reportes de la magnitud del problema de la violencia para dar cuenta de la gravedad del problema y analizar el tema de la salud mental por el impacto sobre el desarrollo psíquico, físico y social que experimentan las mujeres, como los testigos que viven dinámicas de abuso. Por esto, a reserva de los problemas existentes para dicha comparación de datos a continuación se presentan tanto algunos internacionales como nacionales que permiten ubicar la magnitud del problema.

I.1.2 Estudios a nivel mundial

Krug, Dahlberg, Mercy, et al. (2002) refieren en el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud de la Organización Mundial de la Salud, que cada año mueren más de 1.6 millones de personas en todo el mundo debido a la violencia. Según el informe, la violencia es una de las principales causas de muerte de la población comprendida entre los 15 y 44 años, y es la responsable del 14% de las defunciones en la población masculina y del 7% en la población femenina. Aunque la mayoría de los hombres víctimas de homicidio mueren en manos de extraños, casi la mitad de las víctimas del sexo femenino mueren en manos de sus parejas, ex parejas, esposos o ex esposos.

De acuerdo con el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (2002), 48 encuestas en diversos países encontraron que entre 10 y 69% de las mujeres entrevistadas mencionaron haber sido agredidas físicamente por su pareja en algún momento de sus vidas.

En países desarrollados como Canadá, en una muestra representativa a nivel nacional, se encontró que el 29% de las mujeres alguna vez casadas reportó haber sido asaltada físicamente por un compañero actual o anterior desde los 16 años; de éstas, 65% fueron asaltadas más de una vez y 32% más de 11 veces. En Estados Unidos el porcentaje de mujeres agredidas fue del 22.1% mientras que en Inglaterra fue de 30%; en Suiza, un 21% dijo haber sido agredida físicamente por su pareja.

En América Latina y el Caribe, países como Paraguay reportan que el 10% de las mujeres han sido asaltadas físicamente por la pareja; en Puerto Rico el 13% y en Colombia el 19%. Vizcarra, Cortés, Bustos, et al. (2001) realizaron un estudio en Chile con 422 familias encontrando la presencia de violencia psicológica en el 49.3% de los casos, violencia física en el 13%, y violencia sexual en el 5.5%. Por su parte, Klevens (2001) realizó un estudio con 3, 971 mujeres que acuden a servicios de salud pública en Colombia encontrando una prevalencia de violencia doméstica del 27.3%. Un estudio realizado por Ellsberg, Pena, Herrera, Liljestrand, et al. (2000) en Nicaragua con una muestra representativa de 488 mujeres entre 15 y 49 años, reportó que el 52% de las mujeres casadas habían sufrido abuso físico por parte de sus parejas en algún momento de su vida y el 21% habían sufrido abuso físico, emocional y sexual.

Por su parte, en el Sur de África el porcentaje de mujeres asaltadas físicamente fue del 13%; en Zimbabwe fue del 17%, en Nigeria del 31% y en Etiopía del 45%. (Krug, Dahlberg, Mercy, et al., 2002)

Heise (1994, citada por González Serratos, 2003) revisó 35 estudios de diversos países, entre ellos México, acerca de la prevalencia de abuso por parte de un compañero íntimo. Dichos estudios muestran que entre 25 y 50% de las mujeres han sido abusadas físicamente por su pareja actual o pasada.

Aunque los datos presentados no pueden ser comparados directamente, las altas prevalencias nos indican que el problema de la violencia doméstica no es privativo de ciertos países o inherentes a una sola cultura, pues la encontramos en economías desarrolladas y en desarrollo.

Dentro de este contexto mundial, es importante situar la magnitud del problema en México como se muestra a continuación.

I.1.3 Estudios a nivel nacional

Los primeros estudios sobre este tema pretenden hacer visible el problema y surgen de la necesidad de crear leyes que impidan la continuación de la violencia y protejan a las personas que la sufren. Por esto, la mayoría de las investigaciones hacen alusión a la magnitud del problema. Los datos reportados presentan cierta variación, pero oscilan dentro de un rango de 21.5 a 56.7%; puede suponerse que esto se debe a las poblaciones objetivo (comunidad urbana, rural y centros de salud) y la metodología utilizada. Con el fin de facilitar la revisión de éstos, se decidió clasificarlos en dos cuadros: los estudios realizados en comunidad y los estudios realizados en centros de salud.

Cuadro 1. Violencia doméstica: Estudios en comunidad

<i>Autor/año</i>	<i>Población/Muestra</i>	<i>Resultados</i>
Shrader Cox y Valdez Santiago (1992)	342 mujeres mayores de 15 años en población abierta en Ciudad Nezahualcóyotl	El 33.5% reportó haber tenido al menos una relación violenta en su vida. En 75.4% de los casos el agresor fue el cónyuge.
Ramírez Rodríguez y Uribe Vázquez (1993)	427 mujeres de la población urbana y 1,163 de la población rural de Guadalajara, Jalisco	El 56.7% de la población urbana y el 44.2% de la población rural sufrieron algún tipo de violencia. En el 60% de los casos el agresor fue el cónyuge.
COVAC (1995)	Encuesta de opinión pública realizada a 3,300 personas en diez ciudades del país, incluyendo al Distrito Federal	El 21% de la población entrevistada conocía a alguna mujer que sufría violencia en su familia y el 35% de los entrevistados reconoció que en los 6 meses previos a la encuesta había existido en su familia algún problema de violencia. En 64% de los casos las personas maltratadas fueron mujeres.
Ramírez Rodríguez y Patiño Guerra (1997)	57 mujeres residentes de Guadalajara, Jalisco	El 46% de las mujeres habían sufrido algún tipo de violencia, siendo la violencia emocional la más frecuente. En 73% de los casos el agresor fue el cónyuge.
Alvarado Saldívar, Salvador Moysen y Terrones (1998)	384 mujeres residentes de la ciudad de Durango	Se reportó una prevalencia del 42% de violencia sexual; 40% de violencia física y 39% de emocional.
INEGI (1999)	Encuesta sobre Violencia Intrafamiliar (ENVIF) realizada en la República Mexicana	El 46.6% declaró haber sufrido al menos una relación violenta durante los 12 meses previos a la entrevista.
Rivera, Lazcano, Salmerón, et al.(2004)	1,535 mujeres residentes de Cuernavaca, Morelos	Se reportó una prevalencia de violencia leve-moderada de 35.8% y severa de 9.5%.

Cuadro 2. Violencia doméstica: Estudios en centros de salud

<i>Autor/año</i>	<i>Población/Muestra</i>	<i>Resultados</i>
Hijar Medina, Tapia Yañez, Lozano Ascencio y Chávez Ayala (1992)	Pacientes que demandaron atención médica a 24 hospitales del Departamento del Distrito Federal durante los meses de septiembre y octubre de 1998	Las lesiones a las mujeres provocadas por la violencia, ocurrieron más frecuentemente en el hogar, mientras que las lesiones de los hombres ocurrieron en la vía pública.
Valdez Santiago y Sanin Aguirre (1996)	110 usuarias del Servicio de Ginecología del Hospital Civil de Cuernavaca, Morelos	El 33.5% de las mujeres entrevistadas sufrieron violencia doméstica durante el embarazo. Las mujeres maltratadas tienen tres veces más complicaciones durante el embarazo que las que no son maltratadas.
Instituto Nacional de Salud Pública y la Secretaría de Salud (2003)	Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres realizada a mujeres que demandaron atención a los servicios de salud del sector público del primer y segundo nivel durante el 2003	Se reportó una prevalencia de violencia de pareja del 21.5%, es decir una de cada cinco mujeres padeció alguna agresión durante el año anterior a la realización de la encuesta y una de cada tres ha sufrido violencia alguna vez en la vida. Las principales causas de demanda de atención en los servicios de urgencia hospitalarios son ocasionadas por diferentes hechos violentos, donde el 19.6% de los casos son referidos por violencia familiar, siendo las mujeres las más afectadas (72%) en comparación con los hombres (28%), identificándose como principal agresor de la mujer a su pareja.

Las cifras que hasta ahora hemos visto muestran un panorama desolador con respecto a la violencia. Solamente contamos con dos encuestas nacionales, y la mayor parte de los datos presentados son parte de estudios de corto alcance que muestran un leve indicio de la realidad, ya que en muchas ocasiones el problema es negado u ocultado por una serie de obstáculos jurídicos o sociales, existiendo un grave subregistro de los casos.

Además de la magnitud en cifras de la violencia doméstica, es fundamental conocer los costos económicos y sociales que trae consigo.

I.2 COSTOS GENERADOS POR LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

Hasta hace algunos años, los datos epidemiológicos con respecto a la violencia doméstica eran escasos y las encuestas nacionales sobre problemas de salud mental eran prácticamente

inexistentes. Evidentemente, los acuerdos y recomendaciones internacionales favorecieron la investigación sobre un problema que durante años estuvo silenciado. A la par de estos estudios que nos permiten ubicar la magnitud del problema, es necesario conocer los costos que la violencia doméstica genera; es así como el Banco Mundial reporta un indicador que mide la Carga Global de Enfermedad (CGE) a través de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) que informa las pérdidas que ocurren por dolor o discapacidad siendo esencial en la comprensión de la magnitud del problema y sus consecuencias. Este indicador toma en cuenta la suma de años de vida perdidos a causa de las muertes prematuras (la diferencia entre la edad al morir y la expectativa de vida de la población) y los años de vida con la discapacidad.

Heise, Pitangy y Germain, 1994 (citados por Ramos, Saltijeral y Caballero 2002) reportan que según estimaciones del Banco Mundial sobre la carga global de enfermedad, la violación y la violencia doméstica aparecen como una causa significativa de discapacidad y muerte entre mujeres en edad reproductiva. Se calcula que un 90% de los AVADs perdidos por lesiones intencionales (1,2 millones) en mujeres de 15 a 44 años son atribuibles a la violencia doméstica y la violación; asimismo, un 60% de los 0.9 millones de AVADs perdidos por homicidio y un 30% de los 5.5 millones de AVADs perdidos por suicidio se deben a estos problemas.

Frenk Mora citó en la Reunión Internacional de la Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia (2001) que el Banco Mundial señala que la carga económica de la violencia de género, es igual a la suma de la carga de enfermedad y carga económica por VIH, tuberculosis, infecciones post-parto y enfermedades cardiovasculares. Por su parte, Rafael Lozano y colaboradores reportan que en la Ciudad de México, la violencia doméstica ocupa el 3° lugar entre las causas de años de vida saludables perdidos (citado por Frenk Mora en la Reunión Internacional de la Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, 2001).

Valdez (2004) retoma la Declaración de la Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud (1994) señalando estimaciones del Banco Mundial que indican que la violencia dirigida a la mujer hace que ésta pierda uno de cada cinco días de vida saludable en su edad reproductiva. Adicionalmente, de acuerdo con el Banco Interamericano de Desarrollo, la violencia contra las mujeres le cuesta al país, el 2% de su Producto Interno Bruto, equivalente a los días no trabajados, a los costos por hospitalización, servicios de emergencia, albergues entre otros (Cimanoticias, boletín de prensa 2).

La Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (2003) reportó que el 9.6% de las mujeres entrevistadas comentaron haber faltado a su trabajo debido a la violencia que viven; el 16.6% de mujeres refirieron haber perdido 10 o más días de trabajo en el último año; el 21% perdieron de 4 a 8 días; el 17.9% en promedio perdieron tres días; y el 44.4% de 1 a 2 días. En total, debido a las consecuencias de la violencia o el maltrato, en el grupo de las mujeres estudiadas se han perdido un total de 1048 días productivos en el último año.

Es importante resaltar que aunque las cifras actuales muestran un alarmante panorama, por su frecuencia y costos económicos, la violencia doméstica compromete el desarrollo general de las mujeres cuyos efectos presentaremos a continuación.

I.3 EFECTOS EN LA SALUD DE LAS MUJERES

Además de la magnitud y costos, la violencia doméstica conlleva una serie de consecuencias a la salud física y mental de las mujeres que la padecen comprometiendo su bienestar general.

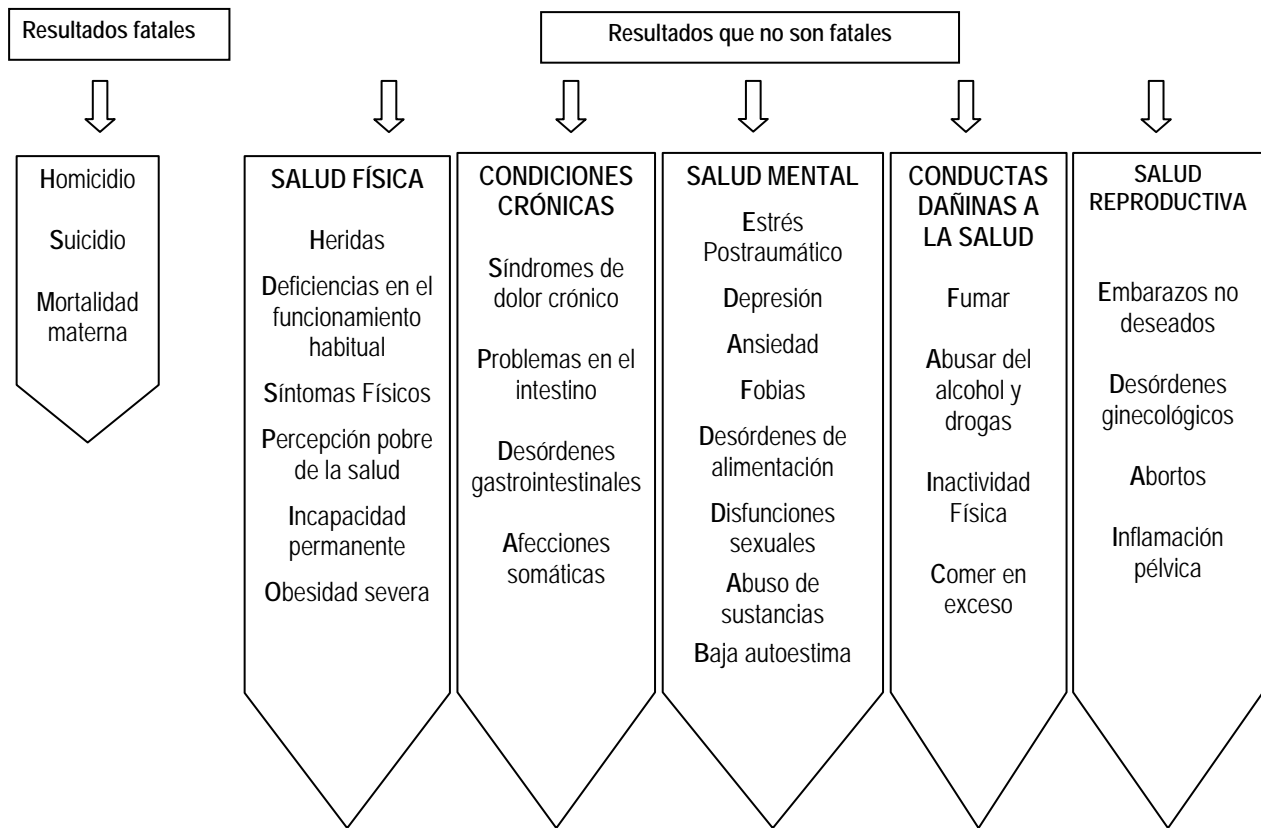
Respecto a las consecuencias físicas, de las mujeres que participaron en la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (2003) del INSP, destaca que el 23.5% de las mujeres que sufrieron violencia tuvieron algún tipo de consecuencia para la salud. A causa de esto, 30% tuvieron la necesidad de utilizar servicios de salud para su atención. El 3.8% tuvieron que ser hospitalizadas u operadas por la severidad de la lesión sufrida; sin embargo el 33% y 38% de las mujeres que tuvieron fracturas o requirieron suturas no acudieron a ninguna institución de salud para ser atendidas.

Con respecto a las consecuencias mentales, Krug, et. al. (2002) refieren en el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud de la OMS, que los efectos en la salud mental de las mujeres maltratadas van desde dolor de cabeza, depresión, estrés postraumático, suicidio, ansiedad insomnio y abuso de sustancias, entre otros. En México, Ramos, Romero y Jiménez (1995), Valdez y Juárez (1998) y Matud (2004) refieren que la mujer maltratada desarrolla un cuadro de estrés permanente que se asocia con depresión, baja autoestima, angustia aislamiento social e intentos reiterados de suicidio y homicidio. Por su parte, la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (2003), reportó que el 64.5% de las mujeres maltratadas reconocieron sentirse nerviosas, tensas o angustiadas, el 60.8% tristes y afligidas, el 43.7% presentaron

insomnio, el 47.7% ansiedad y el 35.6% aplanamiento afectivo. Sin embargo, solamente el 18.6% de las mujeres que viven violencia buscaron ayuda.

Para finalizar, se considera importante retomar el cuadro que presentan Heise, Ellsberg y Gottemoeller, (1999), quienes con base a la revisión de literatura internacional, resumen los efectos de la violencia contra las mujeres, incluida la doméstica.

Cuadro 3. Efectos de la violencia contra las mujeres.



Como se mencionaba anteriormente, los efectos de la violencia doméstica en las mujeres incluyen la muerte; consecuencias en la salud física y sexual que van desde heridas, hasta incapacidad permanente. Sin embargo, para los fines de esta investigación, nos interesa resaltar las consecuencias a la salud mental que incluyen el estrés postraumático, la depresión, la ansiedad y el abuso de sustancias, considerando que en muchas ocasiones estos problemas representan un círculo en donde la mujer se encuentra atrapada, ya que éstos se convierten en obstáculos que impiden la ruptura de la relación violenta.

I.4 DIFICULTADES PARA RECONOCER LA VIOLENCIA Y PEDIR AYUDA

La violencia representa una compleja red de factores que vuelven difícil su explicación, no obstante, por su frecuencia, costos y consecuencias, estamos ante un problema de salud pública que compromete la salud física y mental de las mujeres maltratadas. Pese al enorme problema que representa la violencia doméstica, según estudios realizados en América Latina, se estima que únicamente se denuncian un 20% de estos incidentes (Sagot, Carcedo y Guido, 2000). [Lo anterior pone en evidencia la dificultad para reconocer la violencia doméstica].

Existen una serie de factores que pueden estar asociados a esta situación, tales como el aceptar estereotipos rígidos de género que producen una naturalización de la violencia; también incide la falta de recursos institucionales como lo es el deficiente apoyo institucional y judicial, y la carencia de recursos económicos que llevan a las mujeres a percibir una ausencia de vías de salida. Además de estos factores, la literatura teórica y de investigación marca una serie de procesos internos generados por la misma violencia que impiden la búsqueda de ayuda y que están asociados con un entrapamiento psicológico.

Debido a lo anterior, es necesario que las distintas áreas de la salud centren su interés en el estudio de los elementos y obstáculos que intervienen en dicho problema, con la finalidad de crear estrategias que favorezcan la ruptura de los ciclos de violencia y ofrezcan alternativas reales a las mujeres que la viven.

II. CONTEXTO SOCIOCULTURAL DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

DETRÁS DE CADA ACTO DE VIOLENCIA NO SÓLO ESTÁN
LA ESTRUCTURA SOCIAL Y LA FUERZA DE SUS INSTITUCIONES,
SINO TAMBIÉN LA CULTURA, LAS COSTUMBRES Y LAS TRADICIONES
CON SU PESO ESPECÍFICO EN EL COMPORTAMIENTO INDIVIDUAL.
TORRES FALCÓN (2002).

II.1 GÉNERO Y PODER: LA LUCHA POR LA VISIBILIZACIÓN DE LA VIOLENCIA

La teoría feminista en su devenir histórico ha propiciado verdaderos cuestionamientos acerca del papel de los hombres y las mujeres en la sociedad. En este sentido, la teoría feminista ha cuestionado el carácter “natural” que sirvió como justificación del origen de la desigualdad de hombres y mujeres, y en consecuencia empezó a denunciar un problema que durante años estuvo silenciado: la violencia doméstica que encuentra en el contexto sociocultural argumentos para su normalización.

De esta manera, como lo establece García y Cabral (1999) el género presenta una doble vertiente de significación: como experiencia vivida en la cotidianidad de hombres y mujeres (a partir de la construcción sociocultural diferencial de lo masculino y femenino), y como categoría de análisis (lo cual nos remite a entenderlo como objeto teórico).

En este contexto, Burin y Meler (1998), establecen que las construcciones histórico-sociales del género determinan la noción de sujetos en tanto seres sexuados e inciden en su subjetividad. Por lo tanto, un breve recorrido histórico otorga elementos que permiten rastrear cuáles han sido las condiciones histórico-sociales que han constituido a hombres y mujeres como sujetos, lo que permitirá ubicar el origen de la desigualdad.

II.1.1 Un recorrido sobre la teoría feminista

La sociedad a lo largo de la historia atribuye a los sujetos una serie de roles sexuales que deben aprender y que los definirán como hombres y mujeres. Estas expectativas colectivas tienen un efecto normativo, ya que todo sujeto seguirá haciendo lo que espera la sociedad en una especie de riel socialmente delimitado. Por lo tanto, el pertenecer a uno u otro sexo tiene

sentidos y consecuencias sociales y subjetivas que muchas veces son entendidas como “naturales”, aunque no sea así.

Para entender esto, es necesario partir de la diferencia conceptual entre sexo y género. Para Burin y Meler (1998) el sexo queda determinado por la diferencia sexual inscrita en el cuerpo, mientras que el género se relaciona con los significados que cada sociedad le atribuye.

La cultura, a través de sus instituciones, escuelas, familia y gobierno presenta campos pedagógicos para la construcción de género. De esta manera, el género es definido como “*la red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, valores, conductas y actividades que diferencian a mujeres y a hombres*” (Burin, et. al. 1998, pág. 20), De acuerdo con las autoras, esta diferencia es conceptuada en términos de “o el uno o el otro” donde “uno” ocupa una posición jerárquica superior, en tanto el “otro” queda desvalorizado. Se trata de una lógica binaria, que trae consigo desigualdades donde Uno estará en la posición de sujeto, mientras que el Otro quedará en posición de objeto.

Cabe destacar que el género como categoría de análisis es siempre relacional, remite a las relaciones entre hombres y mujeres, responde a una construcción histórico-social y no a una base natural como algunos afirman, lo cual implica que se ha ido produciendo a lo largo del tiempo de distintas maneras. Es fundamental entender que dicho concepto no es totalizador, es decir que aparece entrecruzado con aspectos determinantes de la vida de las personas: su historia familiar, sus oportunidades educativas y su nivel socioeconómico.

Sobre esta base surgen los estudios de género, que enfatizan rasgos de la cultura patriarcal que permean la subjetividad femenina o masculina, pretendiendo hacer evidente que las desigualdades entre hombres y mujeres no tienen un carácter natural ni invariable, por el contrario tienen un origen cuestionable y por tanto modificable. Para demostrar esto, Celia Amorós (1994) realiza un recorrido sobre algunos aspectos centrales de la historia de la teoría feminista.

Poullain de la Barre afirma que la desigualdad entre hombres y mujeres surge a partir de la extensión de la familia, lo cual da origen a la división sexual y funcional del trabajo: las mujeres cuidan de la casa y de su familia, mientras los hombres se ocupan de la subsistencia familiar. Al respecto, Cobo comenta que “La subordinación de las mujeres se realiza en la evolución de la

institución familiar al imponer a los individuos roles sociales: tiranía de los padres y maridos, e interiorización por parte de las madres y de las hijas de una dominación masculina” (Amorós, et. al. p. 17).

Es a partir de la Revolución Francesa y la Ilustración explicitadas en términos de “igualdad, libertad, fraternidad” cuando las mujeres comienzan a reclamar sus derechos como ciudadanas pero es hasta el siglo XIX cuando las mujeres hacen su aparición en la escala social y política. La eliminación de las barreras legales que privaban a los siervos de diversos derechos como tener propiedades, ejercer ciertas profesiones y sobre todo disponer de sus personas libremente, fue el caldo de cultivo para las reivindicaciones feministas. Este es el parteaguas que marca la aparición de distintos grupos feministas ya que muchas mujeres, organizando grupos antiesclavistas, y recolectando firmas y peticiones abolicionistas, se lanzan a los espacios públicos como oradoras, luchando contra la imagen de la naturalización de las mujeres que las relegaba al ámbito privado.

John Stuart Mill quien ejercería gran influencia en el feminismo inglés, alrededor de 1860 escribe el libro: *La sujeción de la mujer* donde subraya que el patriarcado entendido como el sistema de relaciones que institucionaliza y legitima la dominación de los hombres sobre las mujeres sostenida en una base natural, está en contraposición con el principio de justicia. “Así, todas las mujeres son educadas desde su niñez en la creencia de que el ideal de su carácter es absolutamente opuesto al del hombre: se les enseña a no tener iniciativa y a no conducirse según su voluntad consciente, sino a someterse y a consentir en la voluntad de los demás. Todos los principios del buen comportamiento les dicen que el deber de la mujer es vivir para los demás; debe negarse completamente a sí misma y a no vivir más que para sus afectos [...] lo que actualmente llamamos la ´naturaleza de la mujer` es algo eminentemente artificial, el resultado de una represión forzada en un sentido ficticio” (Mill en Amorós, et al. 1994, págs. 56 y 57)

Por su parte, Friedrich Engels en su obra “*El origen de la familia, la propiedad privada y el estado*”, publicada en 1884 ofrece una nueva interpretación a la historia de las mujeres: con la aparición de la propiedad privada, los varones experimentaron la necesidad de perpetuar su herencia, por lo que sometieron sexualmente a la mujer a través del matrimonio monogámico (para ella). Someter a la mujer significó alejarla de los modos de producción y confinarla al

hogar y a la dependencia material. Por lo tanto hablar de la desigualdad de hombres de mujeres es hablar no de una desigualdad natural sino social que tiene su origen en la propiedad privada.

“El segundo sexo (1949)” escrito por Simone de Beauvoir, es el estudio mas completo en lo que se refiere a la condición de la mujer en las sociedades occidentales. Beauvoir considera que las relaciones hombre/mujer en la sociedad patriarcal son asimilables a las relaciones señor/siervo. “La mujer, como el esclavo, se reconoce en el varón: su identidad le viene concedida en cuanto se acepta como vasalla del hombre; de lo contrario es `poco femenina`. La mujer es definida exclusivamente por referencia al hombre. Y está siempre en relación de asimetría con él [...] su estatus es inferior porque encuentra su razón de ser, no en ella misma, sino en la conciencia libre del hombre. Él es lo esencial; ella lo inesencial. Ella tiene el papel del Otro, de la alteridad” (Amorós, et al. 1994, pág. 112).

En este sentido, sus consideraciones teóricas han servido de sustento a diversas investigadoras que postulan que la mujer se define con respecto al hombre. Entre estas, encontramos a Millar (1997) quien afirma que “la mujer, se ha definido por las características masculinas que no tiene, es decir débil, dependiente y frágil. [...] el inconsciente no admite la existencia de dos sexos; el sexo masculino tienen su preferencia y la feminidad es objeto de desvalorización y de rechazo” (pág. 37). Por su parte, Loyden (1998) retoma la frase de Lacan “la mujer no existe” ya que no hay significante que signifique a la mujer, para afirmar que la mujer es un hueco que debe ser llenado con significaciones culturales.

Para la autora, la mujer es mediadora porque es ella quien da vida y es a partir de ella como el hombre se relaciona con la naturaleza, se le ha impuesto la ecuación mujer igual a maternidad y con esto una educación diferencial, según la cual a las niñas se les inculca la “vocación” de la maternidad, se les enseña a ser tiernas y resignadas. Y esto representa, en palabras de la autora, la trampa que el patriarcado mediante el matrimonio y la familia pone a las mujeres.

Cabe mencionar que si bien existen diversas teorías sobre el feminismo, sus diferencias radican en las prioridades y metas que se imponen, pero sin duda todas ubican la lucha contra el patriarcado como fuente de dominación y desigualdad social. La teoría feminista es en esencia una teoría del poder y como tal, su objetivo es la explicación del origen de la opresión de la mujer. “Dar un nombre a la violación y la violencia es el primer paso para forzar el

reconocimiento público de algunas de las formas de explotación corporal más insidiosas y ocultas, más personales y privadas” (Barry en Amorós et. al. 1994, pág. 304).

Es aquí donde radica la importancia de la perspectiva feminista, no sólo como unidad de análisis que sienta las bases para el estudio de la psicología de la mujer, sino como movimiento que denuncia a la violencia doméstica como un problema social, político y de salud proviendo servicios y apoyo a mujeres víctimas de violencia sexual y de maltrato por parte de sus parejas.

II.1.2 El género como experiencia vivida: Construcciones socioculturales acerca del hombre y la mujer.

Fernández (1998) establece que las discriminaciones, exclusiones y descalificaciones de género se encuentran naturalizadas y se vuelven invisibles, en tanto existe un consenso por el cual se atribuye a la naturaleza lo que ha producido la cultura. Por lo tanto no son invisibles, sino que han sido invisibilizadas en un complejo proceso histórico, de ahí la importancia de cuestionar y problematizar a aquellos procesos de naturalización por los cuales se produce tal invisibilidad. “Por tanto, un invisible social no es lo oculto en alguna profundidad, sino que, paradójicamente, se conforma de hechos, acontecimientos, procesos, dispositivos, producidos-reproducidos en toda la extensión de la superficie tanto social como objetiva” (pág. 37)

A lo largo de la historia, la noción del ser humano hombre-mujer ha sufrido distintas vicisitudes y la violencia como carácter estructural ha aparecido de diversas formas y bajo distintos argumentos. Eisler (1995) describe que en la antigüedad, las leyes estaban normadas de tal manera que la mujer podía ser maltratada, humillada, vendida, violada e incluso matada sin que fuera un delito.

Burin y Meler (1998) señalan que durante la Edad Media, el lugar social de las mujeres era la casa feudal y su destino presentaba dos vías: el matrimonio o el convento. Fernández et al. (1998) comenta que el tránsito de la casa feudal a la familia burguesa puntúa aspectos clave desde las relaciones de producción hasta la construcción de subjetividades, se acentúa la intimidad, la individualización, las identidades personales, el uso de nombres y apellidos particularizados, y se pone acento en la descendencia. La autoridad de la casa era el padre, cuyo dominio se extendía al resto de los familiares consanguíneos que llevaban su nombre. La familia tendía a la acumulación de bienes que se transmitían hereditariamente a sus

descendientes o a través de la dote otorgada en un convenio prematrimonial efectuado por las familias de origen de los contrayentes. De esta manera, con el matrimonio, la mujer se liberaba de la tutela del padre pero no ganaba su autonomía, ahora estaba bajo la tutela de su marido o hijos.

La Revolución Industrial marca un parteaguas en la conformación de las familias nucleares lo que trae consigo efectos de largo alcance en las condiciones de subjetivación de hombres y mujeres. En la segunda mitad del siglo XVIII, se detecta una transformación profunda en los sistemas de trabajo y la estructura social. El trabajo extra doméstico se fue expandiendo hasta ser el único verdaderamente reconocido, hay una separación del marido que se convierte en proveedor, por consiguiente la familia industrial pierde sus funciones productivas convirtiéndose en una institución básicamente relacional y personal, propia de las mujeres. En la medida en que las mujeres se fueron alejando, por imposición social, de las actividades extradomésticas que antes realizaban, su ámbito de acción se redujo al hogar: las tareas domésticas y el cuidado de los hijos, lo privado e íntimo de los vínculos afectivos se convirtieron en su ámbito “natural”.

El hogar se convirtió en su ámbito de desarrollo y satisfacción, constituyéndose el ideal maternal como el fundamento estructural de la subjetividad femenina. Es así como se considera que las características de contención, receptividad, sensibilidad y nutrición, atribuidas a la maternidad, son propias de la feminidad. “Así mismo, se fue configurando una serie de prescripciones respecto de la *moral materna*, que suponía una subjetividad femenina domesticizada, con características psíquicas de receptividad, capacidad de contención y de nutrición no sólo de los niños sino también de los hombres que volvían a sus hogares luego del trabajo extradoméstico. [...] Se va construyendo así un tipo de ideal social, el ideal maternal, que las mujeres interiorizan en su subjetividad, y pasa a ser constitutivo de su definición como sujetos” (Burin 1998, et. al. pág. 75-76).

Ahora el hogar, el lugar de los afectos tendrá a la mujer como protagonista. El trabajo doméstico no remunerado fue significado en palabras de Fernández et. al. (1998) como la “forma natural-amorosa del lugar de la mujer”, y se consolida un lugar social femenino: esposa y madre.

De acuerdo con Burin et. al. (1998) un proceso similar al que ocurre con las mujeres, se da entre los hombres con el ideal de trabajo, configurándose como rasgos de carácter naturales a la masculinidad la capacidad de rivalizar, de imponerse al otro, de egoísmo y de individualismo.

“Esto significa que el lenguaje, poder y dinero se inscriben como naturales de los circuitos público-masculinos, mientras que los circuitos femeninos se despliegan en un mundo privado sentimentalizado, significado socialmente como un mundo subalterno, de retaguardia, privado de las características de productividad, poder organizacional y potencialidad cognitiva del primero” (Brunner, en Fernández 1998 et al., pág. 40).

Lo anterior implica una restricción constante de la capacidad emocional del hombre. Para Corsi (1998) la identidad masculina tradicional se construye sobre la base de dos procesos psicológicos simultáneos y complementarios: un hiperdesarrollo del “yo exterior” (hacer, lograr, actuar) y una represión de la esfera emocional. “Para poder mantener el equilibrio de ambos procesos, el hombre necesita ejercer un permanente autocontrol que regule la exteriorización de sentimientos tales como el dolor, la tristeza, el placer, el temor, el amor... como una forma de preservar su identidad masculina” (pág. 32).

Lara (1993) considera que los rasgos femeninos han sido descritos en torno a características de relación es decir sentimentales, pasivas, sumisas, expresivas y protectoras, mientras que los rasgos masculinos se refieren a los aspectos llamados agenciales o instrumentales, es decir dirigidos a una acción y orientados hacia metas.

En cuanto a la mujer, el apego excesivo a su rol ha fomentado que permanezca en un estado de inconciencia respecto a ella misma, tomando como únicos ideales el matrimonio y la maternidad, lo que ha propiciado poca conciencia respecto de ella misma, limitando su independencia y autosuficiencia.

La adopción rígida del rol masculino lleva a los hombres a restringir sus expresiones emocionales, con dificultades en el manejo de sus sentimientos, llegando, incluso, a no permitir que los demás se expresen. Basan sus relaciones principalmente en el control, el poder y la competencia para tratar de mantener a los demás bajo su control. “Los hombres con un excesivo apego a su rol basan sus relaciones en el control, el poder y la competencia, esto es tienden a restringir y a mantener a los otros bajo su propio control, a sostener su autoridad e influencia ante ellos y a usar la lucha como medio para tener o ganar algo.” (Lara et. al., 1993, pág. 110).

“A partir del hecho biológico de las diferencias sexuales se convierte en la mayor excusa biohistórica de virilización de la cultura para dividir a los seres humanos en dos géneros socialmente contruidos: masculino-femenino; y establecer, en coherencia con el orden del discurso social dominante, profundas desigualdades e injusticias sociales entre los hombres y las mujeres, cuyo devenir sociocultural delata una historia de relaciones de dominación a la que subyace el poder” (García y Cabral 1999, pág. 176).

Lo anterior establece que a la par de lo biológico, se establece también la diferenciación de ámbitos de acción, el privado para la mujer y el público para el hombre; se establecen también ideales y características que en ocasiones no son complementarios sino excluyentes. Mientras que la crianza de los hijos y el cuidado de la casa están en manos de la madre, el padre se convierte en el principal proveedor del hogar. Es así como, con base en esta división sexual del trabajo, se establecen también características que son entendidas como naturales dentro del contexto social, tales como la contención en la mujer y la capacidad de rivalizar en el hombre. Estas creencias compartidas sobre características y comportamientos de hombres y mujeres van delineando estereotipos o roles rígidos de género, tales como el machismo o la sumisión que reflejan una asimetría en el ejercicio del poder generando un profundo malestar.

Sin embargo, es necesario preguntarse ¿en qué mecanismos se sostiene esta reproducción de la desigualdad?

II.1.3 La reproducción de la desigualdad

“El conocimiento humano se da *a priori* de la experiencia individual, proporcionando su ordenación de significado” (Berger y Luckman, 1993). En otras palabras, aprehendemos la realidad de la vida cotidiana como una realidad que se presenta ya objetivada, puesto que existe un orden de objetos que han sido designados como tales antes de nuestra existencia, es decir en donde “las cosas están dispuestas de antemano” en pautas que parecen independientes de la persona.

La construcción de género tal y como la conocemos hoy, es producto de diversas modificaciones ya que como tipo ideal-social, se constituye con características psíquicas determinadas a lo largo de las diferentes épocas, esta construcción va cambiando de acuerdo al momento histórico, marcando las características “propias” de la mujer y el varón. El género

como experiencia vivida nos permite entender la forma en que los roles socialmente diferenciados de acuerdo al sexo de pertenencia, inciden sobre la subjetividad de hombres y mujeres determinando su sentir, pensar y actuar.

La sociedad a lo largo de nuestra historia, nos va revistiendo de significaciones que nos permiten acceder al mundo simbólico; se nos va atribuyendo una serie de estereotipos de género que debemos aprender y que nos definirán como sujetos. Estas expectativas colectivas tienen un efecto normativo ya que todo sujeto seguirá haciendo lo que espera la sociedad, siendo una especie de riel socialmente delimitado.

Como lo establecen Berger y Luckmann (1993) el ser humano se interrelaciona no sólo con un ambiente natural, sino social y cultural mediatizado por “otros significantes” que serán los encargados de introducirlo en un mundo social y que son quienes le presentan “la realidad”. Y donde la familia, como principal mediadora entre la cultura y los individuos, será la encargada de la socialización y la transmisión de códigos, valores y expectativas culturales acerca de lo que “debe de ser” un hombre y una mujer para ser aceptados en la sociedad. Estos modelos son reproducidos por instituciones como el Estado y la religión, y se reafirman por la interacción con otros seres humanos, influyendo en nuestro pensamiento y acción, y creando una forma de subjetividad delineada por nuestro espacio y tiempo.

La adquisición de la identidad de género masculino y femenino, se basa en las identificaciones que tienen niños y niñas dentro de la familia y en la relación con sus padres. En el caso de las niñas, la identificación está más ligada con la figura de la madre la que se denomina “identificación personal” y en el caso de los niños, la identificación se da con el modelo masculino que elige como símbolo de masculinidad cultural, la que se denomina “identificación posicional” y que no siempre es el padre. Es decir, en una sociedad como la nuestra en donde el padre está fuera, los niños conviven principalmente con la madre.

De esta manera, las niñas interiorizan roles interpersonales básicamente familiares y, reproductivos, pertinentes a los lazos personales y afectivos, mientras que los niños aprenden roles más sociales que familiares, en un nivel más abstracto y menos personalizado. Es decir que mientras las niñas interiorizan roles que tienen que ver con el aprendizaje de las tareas de la madre, los niños se identifican con la ausencia de padre y niegan la relación con la madre porque su rol se encuentra afuera de la casa, van interiorizando un ideal social de trabajo, que

van naturalizando y que los va definiendo como hombres. Según la teoría freudiana, la lucha del niño por liberarse de la madre y el devenir masculino (situación edípica), genera el “desprecio que los hombres sienten por el sexo inferior”, una devaluación de las mujeres que proviene de la percepción de la diferencia de los genitales en la fase fálica del desarrollo libidinal (castración de la madre), por lo que todo aquello que sea “femenino” será rechazado por temor a que esto se incorpore dentro de su propio sexo. (citado por Burin, et al. 1998)

De esta manera, el aprendizaje social no es igual para niños y niñas, pues las expectativas y roles son distintos y transmitidos de forma diferencial según el sexo al que pertenezcan, lo que determina que hombres y mujeres interioricen mensajes y representaciones sociales diferentes, que a la larga establecen relaciones dicotómicas dominador/dominado que hacen conflictiva la relación en la que, en palabras de García, et al. (1999), la violencia se constituye en un eje estructurador de la masculinidad y la feminidad.

Es así como la atribución desigual de roles sexuales forma parte del carácter estructural de la violencia contra la mujer, pues con base en éstos se establecen relaciones de poder asimétricas que encuentran sustento en las creencias y actitudes acerca de la pareja. “El trabajo punitivo de la cultura efectúa en el psiquismo una operación fina de introyección de la violencia externa, haciéndola parte de los mecanismos y procesos de la vida subjetiva [...] Este es el trabajo que va interviniendo en el progreso cultural del niño. El fortalecimiento de esta instancia del psiquismo es uno de los procesos culturales más valiosos pues asegura cierta normalidad cotidiana, en donde se inscribe el sujeto y permite la disminución de los mecanismos de coerción y represión externos” (Villamil 1996, pág. 13).

Es así como se establecen diferencias entre lo femenino y lo masculino caracterizadas por oposiciones binarias de desigualdad (maternidad/paternidad, debilidad/fortaleza, sujeto/objeto) que son vividas por ambos géneros de forma altamente normalizada.

II.1.4 Violencia doméstica y patriarcado

De Oliveira (1998) señala que las relaciones de pareja se conciben desde una perspectiva de género como relaciones de poder asimétricas donde existe un patrón que se caracteriza por la

mayor autoridad masculina. Estas relaciones tienen diferentes matices y las mujeres enfrentan el dominio masculino de diversas formas, ya sea como sumisión, como imposición o con cuestionamiento.

Desde la perspectiva feminista, la violencia contra la mujer es entendida como un mal empleo del poder de los hombres que se sostiene en la creencia de que ellos tienen el derecho de controlar a la mujer, siendo el resultado de los valores patriarcales de la sociedad, en la que se valora de forma positiva lo adjudicado al sexo masculino y de forma negativa lo adjudicado al sexo femenino. “Las causas de la violencia en contra de la mujer, incluye la preservación de la necesidad del hombre por preservar su poder y status” (Walker 1989, pág. 697)

Al respecto Zurutuza (1993) comenta que “La diferencia deviene desigualdad jerárquica, y el varón ve legítimo el ejercer opresión violenta sobre la mujer, en otras palabras, la presencia de actitudes de desvalorización hacia lo femenino empujará a algunos varones a la descarga agresiva contra las mujeres, o a su utilización como objeto para satisfacer necesidades sexuales, laborales o de otro tipo” (pág. 61)

Sagot y colaboradoras (2000) comentan que la violencia doméstica no es el resultado de casos inexplicables de conductas patológicas. Por el contrario, es una práctica aprendida, consciente y orientada, producto de una organización social estructurada sobre la base de la desigualdad. En este contexto, la violencia intrafamiliar es el resultado de las relaciones desiguales de poder y es ejercida por quienes se sienten con más derecho a intimidar y controlar.

Actualmente las oportunidades de desarrollo de una mujer son distintas, el desarrollo profesional tiene gran peso en su realización, además, la necesidad económica cada vez más creciente provoca que la mujer tenga que salir a trabajar. En este sentido, puede decirse que “las formas de subordinación han ido cambiando pero no se ha suprimido la desigualdad [...] resultado de una compleja ecuación política conformada tanto por las estrategias de las instancias hegemónicas y sus necesidades normativas como por las modalidades de ofensiva y resistencia de las mujeres incluyendo aquí desde sus movimientos políticos organizados hasta las causas más privadas y personales de auto-afirmación” (Fernández, et. al. 1998, pág. 38)

Lo anterior establece que aunque ha habido avances con respecto a la situación de la mujer, como una mayor participación en el ámbito profesional, social, económico y político, sigue

existiendo una marcada desigualdad entre géneros, en particular en lo referente al ámbito privado. Prueba de esto es la prevalencia de la violencia hacia ella y el abuso emocional del que sigue siendo objeto, que por su carácter subjetivo, sigue siendo silenciado y tolerado, ignorándose las consecuencias psíquicas que trae consigo a quien la padece.

Valdez (2004) comenta que la violencia de género es una realidad que pesa en la vida de muchas mujeres en el mundo y tiene su origen en una gran variedad de aspectos culturales relacionados con la construcción de la identidad femenina y masculina, la asignación de roles excluyentes para hombres y mujeres, así como la valoración de la masculinidad sobre la femineidad. “La violencia se ha constituido en uno de los dispositivos de poder que facilita y refuerza la afirmación del género masculino en la relación del par dominación masculina-subordinación femenina”. (García et al. 1999, pág. 176)

Estas creencias tradicionales se van reproduciendo mediante pautas de socialización que conforman comportamientos determinados para hombres y mujeres que presentan el terreno ideal donde la violencia doméstica aparece como una conducta altamente “normalizada” en la educación de género que reciben los hombres. “La divergencia cualitativa que caracteriza determinadas pautas de socializadoras, ejercidas sobre sujetos humanos nacidos biológicamente machos y hembras, conforman lo que, según el esquema genérico social, serán más tarde los comportamientos más frecuentes entre hombres y mujeres que, si bien comparten a pesar de ello gran número de características comunes, es decir, adecuados a las normas o expectativas mantenidas y deseadas en términos generales desde la ideología dominante. Ello corresponde a lo que viene denominándose estereotipos sexuales”. (Buenaventura 1990, pág. 3).

Estereotipos que traen consigo condiciones poco deseables tales como el machismo y la sumisión. Lara et. al. (1993) retoma la definición propuesta por Stevens (1973) para definir a ambos: “el término machismo hace referencia a una orientación que puede resumirse como culto a la virilidad y cuyas principales características son una exagerada agresividad e intransigencia entre los hombres y una actitud de arrogancia y agresividad sexual hacia las mujeres [...] el sumisionismo, a su vez consiste en un culto a la superioridad espiritual femenina que enseña que las mujeres son espiritualmente superiores, y que se caracteriza por una gran dependencia, conformismo y timidez en relación al hombre” (pág.111).

Paralelamente a estos estereotipos, existe la idea de que la violencia doméstica es un asunto privado y que por lo tanto debe resolverse en el mismo lugar donde se produce. Sin embargo, lo antes expuesto nos indica que la violencia que el hombre dirige a la mujer no es un asunto privado, ni individual o aislado; es un conjunto de circunstancias sociales y culturales que involucran pensamientos acerca de cómo la mujer es vista, tratada y simbolizada, así como mitos sobre la masculinidad. En este sentido, Buenaventura (1990) refiere que somos herederos de una civilización donde gran parte de la violencia se invisibiliza o se hace apenas perceptible mediante el cumplimiento de una norma culturalmente impuesta.

Otro factor que posibilita el hecho de que muchas mujeres permanezcan al lado de la pareja, pese a la violencia vivida, es el hecho de que se revalora la presencia del hombre en el hogar y la pareja como unidad esencial de la familia. Al respecto, Fernández et al. (1998) comenta que la modernidad produce un gran relato para la conyugalidad: “el discurso heroico del amor” que resalta la unión indisoluble, “hasta que la muerte los separe”, “el uno para el otro”, la felicidad recíproca, un ideal de armonía, etc. El discurso del amor conyugal implica para el hombre la importancia de la protección a su mujer y para ella: la crianza de los hijos y el trabajo doméstico, junto con la postergación en el logro de metas individuales por el amor a su familia y esposo. La autora considera que este discurso de amor conyugal es actual, pero ahora representa una “elección” no una obligación. Sin embargo, dicha elección está sustentada en los valores sociales, responde a un estereotipo que bajo la forma de naturalidad es asumido muchas veces sin ser cuestionado, “ella ya no se somete por amor, sino que elige postergarse por amor; en esa postergación y en el éxito de los suyos radica su felicidad personal” (pág. 48).

El discurso de la naturaleza femenina, los mitos mujer = madre y el discurso heroico del amor moderno, trabajarán eficaz y productivamente gestando sus significaciones imaginarias sociales que intervienen en la permanencia del maltrato. Dicho patrón es considerado como legítimo puesto que hombres y mujeres han internalizado construcciones de género, que suponen el uso de la violencia como algo natural en las relaciones de pareja (De Oliveira et. al., 1998).

Paradójicamente, a los gritos y el estruendo que genera la violencia, se ha aprendido a naturalizarla, a vivirla como algo normal en la relación de pareja que por definición, corresponde al ámbito privado. Por lo tanto, no se denuncia, se minimiza ignorando los efectos en la salud mental de las mujeres, sobre todo si no muestran marcas que denuncien la violencia vivida. Este silencio por parte de las mujeres violentadas puede deberse a la difícil identificación de la

violencia misma, quienes culturalmente han aprendido a vivirla como algo “natural” en las relaciones de pareja; puede deberse también a factores relacionados con la disponibilidad de información y recursos con los que cuentan, y a procesos psicosociales y problemas de salud mental asociados con la misma violencia, que imposibilitan la búsqueda de ayuda.

“La victimización de la mujer en el contexto conyugal es un fenómeno sostenido, en primer lugar, por pautas culturales que hacen rígidos los estereotipos de género. El desequilibrio de poder resultante es el caldo de cultivo en el cual surgen las relaciones abusivas. La violencia llega a la intimidad de una pareja después de recorrer una espiral que atraviesa distintos sistemas violentos: cultural, social, institucional, familiar. En cada uno de ellos, la victimización es posible cuando se sostiene un modelo autoritario de ejercicio de poder” (Corsi, 1998).

II.2 NORMATIVA NACIONAL Y EN EL DISTRITO FEDERAL DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

El movimiento feminista contribuyó de manera decisiva a visualizar el problema de la violencia doméstica, sin embargo fue hasta los años ochenta cuando se empezaron a realizar estudios que pretendían conocer la magnitud del problema, lo que propició fuera reconocida como un problema de gran magnitud y graves consecuencias.

Fue así como en el ámbito nacional, empezaron a surgir Organismos No Gubernamentales preocupados por el tema. La Asociación Mexicana contra la Violencia hacia las Mujeres (COVAC) surge en 1984 como una organización pionera en su ramo, que pretende: a) dar apoyo emocional y orientación legal a sobrevivientes de abuso sexual, b) promover modificaciones legales, y c) proponer cambios de actitudes frente a la violencia de género. A este esfuerzo se le suman otras organizaciones como el Centro de Investigación y Lucha contra la Violencia Doméstica A.C (CECOVID) fundado en 1987.

Lo que anteriormente era un tema que correspondía al ámbito privado se ha tornado como trascendental en las agendas públicas, empezando a develar la punta del iceberg que representa la violencia contra las mujeres.

Actualmente, se cuenta ya con una serie de documentos internacionales que obligan a los países que los han firmado a poner en marcha medidas para hacer frente a la violencia de género. De esta manera, a partir de 1989 la Procuraduría General de Justicia del Distrito

Federal inauguró la primera Agencia Especializada del Ministerio Público en Delitos Sexuales (AEDS) en la capital, pionera de una serie de entidades públicas dedicadas a dar atención especializada a mujeres víctimas de violencia de género. En 1990 se inaugura el Centro de Atención Integral a Víctimas de Violencia Intrafamiliar (CAVI), teniendo como objetivo brindar atención especializada a los receptores y generadores de la violencia intrafamiliar a través de los procedimientos jurídicos, la atención psicológica y el trabajo social. A estos centros, se le suman en 1991, el Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales (CTA); el Centro de Terapia de Apoyo; y la Subprocuraduría de Atención a Víctimas y Servicios a la Comunidad.

En 1993, se reformó la Constitución en su artículo 4º donde se señala la obligación del Estado de brindar asistencia jurídica y médica a víctimas de la violencia. Lo anterior ha fomentado la creación de estrategias y políticas públicas para actuar sobre el problema. El 8 de julio de 1996 la Asamblea aprobó la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar publicada en el Diario Oficial de la Federación, reglamentación de carácter preventivo para enfrentar problemas actuales de violencia en la familia. El 20 de octubre de 1999 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999 Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar, donde se establece el derecho a la protección, a la salud y la plena igualdad jurídica de los hombres y mujeres. Esta Norma es de carácter obligatorio para todos los prestadores de servicios de salud de los sectores público, social y privado que componen el Sistema de Salud, y tiene como objetivo establecer los criterios a observar en la atención médica y la orientación, que se proporcionan a los usuarios que se encuentren involucrados en situaciones de violencia familiar. Dentro de estos criterios se encuentran: la realización de una entrevista dirigida a la o el usuario sin juicios de valor, ni prejuicios, con respeto, privacidad y garantizando la confidencialidad; el considerar el plan terapéutico de las y los usuarios involucrados en una situación de violencia familiar; el manejo y seguimiento periódico que procure evitar reincidencias y complicaciones; la promoción de los mecanismos internos necesarios a efecto de aplicar de manera adecuada la ruta crítica de la o el usuario; referir en caso necesario a los servicios de salud mental o a otros servicios de especialidades a los usuarios que manifiesten alteraciones físicas u orgánicas directas o consecuencias de la violencia familiar; y promover en las Instituciones del Sector Salud investigaciones clínicas, epidemiológicas y de salud pública sobre violencia familiar que permitan tanto la cuantificación como la identificación de las causas y determinantes del fenómeno –patrones sociales y culturales, los factores asociados, así como sus repercusiones en la salud individual (física y psicológica) y en la colectiva-.

Un ejemplo más, es el Programa Mujer y Salud (PROMSA) creado en el 2001 y que se presenta como una iniciativa destinada a incorporar la perspectiva de género en el sector salud – programas de acción, presupuestos, sistemas de información, líneas de investigación y servicios de salud-.

Es importante reconocer que las actividades realizadas por organismos no gubernamentales y gubernamentales han contribuido a hacer visible el problema mediante el logro de acciones; sin embargo como lo reconoce la Plataforma de Acción de Beijing siguen siendo deficientes las medidas jurídicas y legislativas en materia de violencia contra la mujer.

Aunque la Constitución Política Mexicana otorga a personas de ambos sexos los derechos fundamentales, cuyo ejercicio implica una vida sin violencia, la normatividad dista mucho de cumplir cabalmente este mandato. El Código Penal señala en su Capítulo Octavo, Artículo 343 (bis) como violencia familiar a “el uso de la fuerza física, psíquica o ambas, independientemente de que pueda producir o no lesiones”. Sin embargo, desde esta concepción el maltrato es visto como un problema similar entre hombres y mujeres, otorgándoles el mismo peso como actores de este abuso, cuando ha sido ampliamente documentado que en un porcentaje muy alto, el varón es el agresor más frecuente. Esta neutralidad de género, y el desconocimiento de las interacciones y consecuencias que conllevan el abuso, se traducen en grandes vacíos en la procuración de justicia. Esto se ve cristalizado en el bajo índice de denuncias, y la sensación de insatisfacción por parte de las mujeres que presentan su denuncia y en muchas ocasiones no obtienen una respuesta real al problema.

III. CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

ES CLARO QUE LOS FACTORES PSICOSOCIALES
LIGAN A LAS MUJERES MALTRATADAS
A SUS ABUSADORES TAN FUERTE COMO UN
“PEGAMENTO MILAGROSO”
LEONORE WALKER (1980)

III.1 TIPOS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

Como anteriormente se expuso, dentro del marco de la violencia de género, esta investigación hace referencia a la denominada *violencia doméstica*, entendida como la violencia que ocurre en la relación de pareja, implicando aquella forma de interacción que, enmarcada en un contexto de desequilibrio de poder, incluye conductas de una de las partes que, por acción u omisión, ocasionan daño físico o psicológico a otro miembro de la relación, y que nunca o casi nunca son espontáneas o accidentales. (Corsi, 1997). Siendo más frecuentemente ejercida por el hombre.

El maltrato al que nos referimos no solamente implica a la ***violencia física***, la más visible y que en caso dado puede ser detectada y reconocida más fácilmente por las propias mujeres y por los prestadores de servicios de salud. Esta violencia comprende pellizcos, empujones, bofetadas, puñetazos, patadas y torceduras, intentos de asfixia y quemaduras pudiendo llegar hasta el homicidio. Las secuelas de esta violencia son severas tanto a nivel físico como mental, siendo por esto un problema de Salud Pública de alcance global. (Informe mundial Sobre Violencia y Salud de la Organización Mundial de la Salud, 2002).

Por su parte, la ***violencia sexual*** consiste en la imposición por parte de la pareja de actos de orden sexual mediante el uso de la fuerza o en contra de la voluntad de la mujer. Es una forma de violencia bastante frecuente en relaciones de maltrato y también se asocia con problemas importantes de salud mental (Ramos, Saltijeral, Romero, et al., 2002).

Finalmente, la ***violencia psicológica*** incluye una serie de conductas verbales tales como insultos, gritos, críticas permanentes, desvalorización y amenazas, así como conductas no verbales como indiferencia, rechazo e intimidación física. Muchos autores concuerdan en que esta forma de abuso es inherente a cualquier tipo de violencia, ya sea física o sexual, pues

lesiona en todos los casos la identidad y autoestima de las mujeres que la padecen. Y por su carácter silencioso, en muchas ocasiones puede permanecer invisible ante la sociedad (Cervantes, Ramos y Saltijeral, 2004).

Ahora bien, cabe enfatizar que la violencia doméstica involucra un patrón de control coercitivo, donde el hombre realiza esta serie de conductas de tipo físico, psicológico y/o sexual con la finalidad de herir, intimidar, aislar, controlar, o humillar a la pareja mujer. (Ramos, Saltijeral y Caballero, 2002). Es decir, no estamos hablando de incidentes aislados o de agresiones meramente hostiles e impulsivas, o en su caso, de la denominada “violencia cruzada”, en donde tanto las mujeres como los hombres pueden agredirse físicamente en forma similar. Estamos considerando relaciones de pareja en donde las mujeres viven en constante terror, teniendo un alto riesgo de sufrir violencia física. Si bien las mujeres maltratadas al iniciar la violencia suelen presentar un estado de *shock*, negación, confusión, insensibilidad psicológica y miedo a medida que el abuso sigue ocurriendo y ante el peligro potencial de recurrencia experimentan alta ansiedad, así como culpa, vergüenza, miedo a perder el control y malestar depresivo. A largo plazo, es posible que se presenten la insensibilidad emocional, la pasividad extrema y la percepción de inhabilidad para hacer frente al abuso; algunas mujeres al no percibir alternativas ante un escalamiento de la violencia, pueden mostrar respuestas de hostilidad o agresión, abuso de sustancias y por supuesto, ansiedad, estrés postraumático y depresión (Ramos, Saltijeral y Caballero, et al.2002).

Previamente se expusieron algunos factores socioculturales asociados a la violencia doméstica que dificultan su reconocimiento y la minimizan o niegan, sin embargo es necesario conocer cuál es la dinámica del abuso y los entrapamientos psicológicos que están implicadas en el ciclo de la violencia. Por esto, a continuación se presentan algunos modelos teóricos acerca de la violencia doméstica y sus efectos.

III.2 EL CICLO DE LA VIOLENCIA

Para poder comprender la dinámica del abuso es necesario considerar dos factores: el carácter cíclico de la violencia y su intensidad creciente.

Walter (1989) propone que el ciclo de violencia incluye tres fases: una fase de tensión, el episodio violento y la reconciliación o luna de miel, lo que propicia el reinicio del ciclo.

La primera fase del periodo es la *fase de acumulación de tensión*. Esta fase se caracteriza porque las discusiones van presentándose de manera más constante en la relación, esta sucesión de pequeños episodios llevan a roces permanentes entre los miembros de la pareja que producen un incremento constante de la ansiedad y la hostilidad, sin embargo la mujer disculpa a su pareja justificándolo ante ella misma y ante los demás, pues tiene la esperanza de que todo cambiará. Durante esta etapa, la mujer tiene un mínimo control de la frecuencia y severidad del abuso, intenta detener la violencia soportando la situación, tratando de complacerlo o siendo cariñosa con el agresor. Pero conforme pasa el tiempo, los intentos por detener la violencia se vuelven ineficaces.

La segunda fase del periodo es la del *periodo violento*, donde se da el episodio violento. Esta es la etapa más corta del ciclo y se caracteriza por una pérdida total del control, los golpes se vuelven más graves puesto que se desahogan las tensiones acumuladas en la fase anterior. Durante el episodio violento, la mujer siente un intenso terror de ser herida severamente o asesinada. Al finalizar este episodio de violencia, las mujeres maltratadas suelen quedar en estado de shock: como son la negación e incredulidad de lo sucedido por lo que su comportamiento es similar a aquel que sufren las víctimas de catástrofes que presentan generalmente un colapso emocional, incluyendo síntomas de indignancia, depresión y sentimientos de desamparo (Mendoza, 1998).

Después, el hombre se muestra arrepentido, se disculpa por su proceder y le asegura a la mujer que no volverá a suceder. La mujer lo perdona y da inicio la fase llamada *luna de miel* y posteriormente el reinicio del ciclo. La mujer que vive en una relación de violencia suele “engancharse” psicológicamente con este perdón y siente que todo va a cambiar. Esta fase es la que psicológicamente victimiza más a las mujeres.

Cabe destacar que la dinámica de la violencia doméstica implica una escalada de violencia, es decir que con cada reinicio del ciclo la intensidad de la violencia va incrementando hasta poner en peligro la vida, de esta manera las mujeres se encuentran tratando de sobrevivir día a día lo que dificulta el reconocimiento de la violencia vivida.

Al respecto, Ramos (2002) propone preguntarse sobre el tipo de vínculo que las mujeres establecen con el maltratador, que dificulta visualizar y detener la violencia. Para lo cual, se presentan a continuación el Modelo del Apego Traumático y el Síndrome de Estocolmo.

III.3 EL APEGO TRAUMÁTICO

Dutton y Painter (1981 citados por Ramos, 2002) han descrito un escenario en el que dos factores, una atmósfera donde el desequilibrio del poder y la intermitencia del abuso generan un lazo que incrementa el apego de la mujer maltratada hacia otro abusivo, el varón.

La intermitencia del abuso se refiere a la alternancia de un tratamiento positivo y un tratamiento negativo, es decir el agresor mostrará episodios de violencia alternados con episodios de amor, lo que produce un fuerte vínculo emocional de la víctima hacia el abusador. Este desequilibrio del poder paradójicamente produce un equilibrio en donde la víctima y el agresor se vuelven más dependientes el uno del otro; es así como el abuso físico y emocional mantienen y crean este equilibrio. De esta manera, la mujer no desarrolla un Síndrome de Mujer Maltratada porque el apego que tiene hacia el abusador debido a la alternancia de experimentar conductas negativas y positivas extremas, no porque éstas sean cíclicas o predecibles; simplemente porque ocurren una después de otra. (Ramos, 2002)

La intermitencia del abuso y el desequilibrio del poder generan un apego donde existe amor y odio hacia el agresor, estableciendo un vínculo fuerte y comprometido con él. El apego paradójico, la baja autoestima y los síntomas traumáticos son constitutivos del Síndrome de abuso.

Para Dutton y Painter (1981 citados por Ramos, 2002), este vínculo se ve más claramente cuando la mujer se separa de su abusador y no logra permanecer lejos de él, volviendo a la relación.

III.4 EL SÍNDROME DE ESTOCOLMO

El Síndrome de Estocolmo ofrece una explicación al apego paradójico hacia el agresor que llegan a experimentar los sujetos víctimas de violencia.

En 1973, tres mujeres y un hombre, empleados de un banco en Estocolmo fueron tomados como rehenes durante seis días por dos ex convictos, las víctimas desarrollaron un conjunto de reacciones paradójicas y al ser rescatadas por la policía, no quisieron dar testimonio contra sus

secuestradores, experimentando una serie de componentes paradójicos que son resumidos por Graham, Rawlings y Rigsby (1994) y presentados a continuación:

<i>Perspectiva de los rehenes</i>	<i>Perspectiva de las personas de fuera</i>
1. Sentimiento de gratitud hacia los secuestradores por permitirles vivir (o regresarles su vida de nuevo).	1. Creencia de que nadie tiene derecho para amenazar o disponer de la vida de otra persona.
2. Dificultad para enojarse con los secuestradores.	2. Expectativa de que los rehenes sientan enojo hacia los secuestradores por haber puesto su vida en peligro y haberles causado terror.
3. Ver a los secuestradores con amabilidad. El impacto del terror psicológico es reemplazado por amabilidad.	3. La expectativa de que los rehenes ven a los secuestradores y su sufrimiento con indiferencia.
4. “Una puerta abierta no es vista como una puerta abierta” (Matin Symonds)	4. Encuentran difícil de comprender por qué los rehenes no escapan cuando aparece la oportunidad de hacerlo.
5. No tratarían de escapar, si se diera la oportunidad o si los secuestradores pudieran ser matados en la tentativa del escape.	5. No entienden por qué los rehenes se muestran preocupados si matan a un secuestrador durante una tentativa del escape; ¿la muerte no sería un castigo justo para el secuestradores?
6. Ven a los secuestradores como “buenas personas” que los están protegiendo y a la policía como “malas personas” que tratan de matarlos.	6. Ven a los secuestradores como “malas personas” y a la policía como “buenas personas”
7. Simpatizan con las políticas de sus secuestradores.	7. Piensan que los rehenes deben están polarizados en contra de sus secuestradores.
8. Se rehúsan a testificar en contra de sus secuestradores, muestran clemencia y argumentan circunstancias que pretender ayudar a que los secuestradores no sean juzgados.	8. Esperan que los rehenes quieran que los secuestradores reciban a máxima sentencia posible por haberlos tomado como rehenes.
9. Permanecen leales a los captores aún después de ser liberados.	9. No entienden por qué los rehenes se mantienen leales a sus secuestradores aún después de ser liberados, creen que los sentimientos de simpatía y lealtad expresados por los rehenes no son verdaderos.
10. No se sienten seguros después de ser liberados. Creen que los secuestradores regresaran a tomarlos como rehenes de nuevo.	10. Piensan que los rehenes están seguros una vez que han sido rescatados.

Estas actitudes paradójicas fueron explicadas como una reacción de sobrevivencia de las víctimas al sentirse atrapadas. Los secuestradores trataron a los rehenes con una alternancia de violencia (amenazas que ponían sus vidas en peligro) y amabilidad, desarrollándose una proximidad emocional entre ambos; los rehenes interpretaron algún gesto de amabilidad como un gesto de nobleza, negando así la posibilidad de que los secuestradores pudieran hacerles daño y justificando su proceder imaginando dificultades y sufrimientos por los que pudieron pasar para cometer un acto así. Este mecanismo de negación les impide sentir un enojo que pondría en riesgo su vida.

Lo mismo sucede con la violencia doméstica, en donde las mujeres establecen fuertes vínculos con sus agresores que dificultan el reconocimiento de la violencia y en consecuencia la ruptura del ciclo.

III.5 CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA

Estos tres planteamientos nos permiten comprender las características de la violencia y los fuertes vínculos que establecen las mujeres con sus agresores, sin embargo para entender por qué permanecen en este ciclo de violencia, es necesario preguntarse sobre la dinámica subyacente al abuso.

Walker (1989) propone que la relación entre el ciclo de la violencia y lo que Martin Seligman denominó Desesperanza Aprendida (Learned Helplessness), explica la permanencia de las mujeres en una relación violenta.

Martin Seligman supuso que si administraba de forma reiterada un estímulo negativo a los perros, éstos aprenderían que su conducta no podría controlar lo que pasaba. De esta manera, realizó experimentos con perros en jaulas a los que administraba en diferentes momentos choques eléctricos. Al principio, los perros intentaron escapar en varios momentos pero cuando se dieron cuenta que no podían hacer nada para controlar los choques, se mostraron pasivos y sumisos. Posteriormente, los investigadores dejaron la puerta abierta, pero los perros ya no intentaron escapar. Seligman explica que los perros aunque dejaron de intentar escapar, no se mostraban totalmente pasivos pues permanecían en la rejilla que recibía menor carga eléctrica como una estrategia para minimizar el dolor; a esto lo llamó Desesperanza Aprendida.

Después, investigó el aspecto cognitivo de este mismo síndrome en personas observando que la Inhabilidad Aprendida se basa en tres componentes: 1) la información acerca de lo que sucede, 2) el pensamiento o la representación cognitiva acerca de lo que pasa (creencias, aprendizaje, expectativas y percepción); y 3) la conducta con respecto de lo que sucede.

Walker 1980, considera que en el caso de mujeres maltratadas con inhabilidad aprendida lo que se reduce es la elección de respuestas y se opta por ejecutar las que tienen más probabilidad de crear resultados exitosos. Cuando una persona tiene control de una situación, pero cree que no, responderá con estrategias de enfrentamiento en lugar de tratar de escapar, es decir que las creencias o percepciones que se tienen son más importantes que la situación en sí misma; es decir que si se aplica la inhabilidad aprendida a las mujeres maltratadas no intentarán escapar de la violencia pues suponen que nada de lo que hagan podrá cambiar sus circunstancias.

Considerando la dificultad de reconocer la violencia ejercida y la importancia de la percepción sobre una situación, muchas mujeres aprenden que nada de lo que hagan podrá alterar sus circunstancias por lo tanto desarrollan una “deseperanza aprendida” que posibilita su permanencia en la relación violenta.

La mujer maltratada puede no percibir el ciclo de violencia, y no darse cuenta que se trata de un patrón, “pudiendo responder al amor y a la violencia como acontecimientos aleatorios que ocurren en la relación” (Walker 1989, pág. 697). La autora considera que las creencias de la mujer maltratada giran en torno a ayudar a su marido, el lazo fuerte de amor que la mujer ha establecido con el hombre, con frecuencia le permite ver únicamente el lado “bueno” de él, queriendo poner lo mejor de ella en la relación para ayudar a su esposo a dejar atrás esa parte violenta.

Cuando se da la “luna de miel” tras experimentar un episodio violento, la ilusión de interdependencia se solidifica, ambos sienten que se necesitan emocionalmente, ella cuidándolo y él pidiendo el perdón. Esto hace que el amor genere terror, pues cada uno puede creer que la muerte es preferible a separarse (Ramos, 2002).

Como resultado de la violencia crónica, las mujeres viven con un constante miedo de morir o a ser dañadas, lo que provoca que presenten distorsiones cognitivas tales como minimización, culpa o estados disociativos. Walker denominó Síndrome de la Mujer Maltratada a esta serie de efectos psicológicos que se encuentran dentro de la categoría de Desorden por Estrés Postraumático del DSM-IV (Ver Anexo 1). Se caracteriza por recuerdos recurrentes del evento, pesadillas, disminución de interés en actividades importantes y aislamiento emocional.

Se ha cuestionado que el ciclo de la violencia y la inhabilidad aprendida puedan aplicarse a todas las mujeres que viven maltrato, argumentándose que se psicologiza un problema que existe en el sistema social más que en la personalidad de estas mujeres, ya que son más bien otros aspectos los que impiden que la mujer reconozca y abandone la relación violenta. Entre estos destacan el miedo, la retaliación, la situación económica, la vergüenza, la falta de apoyo social, la devaluación y/o minimización de la violencia por las instituciones legales y de salud, etc.

Del Martin (citado por Walker, 1980) afirma que las mujeres permanecen en relaciones violentas debido a una variedad de causas económicas y legales, y por una dependencia social. Algunas otras tienen miedo de dejar a sus parejas porque no tienen un lugar seguro a dónde acudir; la policía, hospitales y servicios sociales no ofrecen una adecuada protección. Pero también da cuenta de que algunos hombres maltratadores y mujeres maltratadas se mantienen en una “insólita relación simbiótica” que no pueden romper.

Para Graham, et. al. (1994) la explicación de la permanencia en relaciones violentas corresponde a que la vinculación que establece la mujer con el agresor que tiene una función de sobrevivencia caracterizada por una serie de distorsiones cognitivas y preceptuales como:

- *Negar el abuso.*
- *Minimizar del abuso.*
- *Sentirse culpables de la violencia cometida.*
- *Ver al abusador como “bueno” y así mismas como “malas”.*
- *Ver al abusador como más poderoso de lo que en realidad es.*
- *Ver las pequeñas amabilidades del agresor como enormes.*

- *Racionalizar las causas del abuso.*
- *Tomar la perspectiva del abusador como suya.*
- *Considerar que si fueran lo suficientemente amables y si dieran el suficiente amor a sus abusadores, podría detenerse el abuso.*
- *Sentir amor por el abusador.*

El terror que envuelve las relaciones violentas delinea la perspectiva de las mujeres que se encuentran envueltas en éstas. De esta manera, el amor es una defensa psicológica que aparentemente garantiza su sobrevivencia pues les impide sentir enojo, lo que pondría en riesgo su vida. Al respecto, Atkinson comenta “El amor es un estado de una fantasía eufórica en la cuál la víctima transforma a su opresor en su redentor” (citado por Graham, et. al. 1994, pág. 207)

Además de estas distorsiones cognitivas, el abuso presenta como efectos una serie de problemas emocionales entre los que destacan el estrés postraumático, la depresión, la ansiedad y el abuso de sustancias. En muchas ocasiones, estos problemas representan un círculo en dónde la mujer se encuentra atrapada, ya que se convierten en obstáculos que impiden la ruptura de la relación violenta.

Lo anteriormente expuesto pone de manifiesto que el ciclo de la violencia, el carácter intermitente del abuso y la situación de aislamiento en la que se encuentra la mujer violentada propicia vínculos fuertes caracterizados por una ambivalencia hacia su agresor. La dinámica de violencia *per se* genera entrapamientos psicológicos (problemas emocionales y cognitivos) que dificultan a las mujeres su reconocimiento y la ruptura del ciclo, sin embargo la importancia de elementos de carácter cultural como roles estereotipados, y el discurso sobre el amor y la pareja presentan también un caldo de cultivo donde la violencia es naturalizada. De esta manera, factores psicosociales y socioculturales se conjugan en la permanencia de las mujeres en relaciones violentas, permitiendo su reproducción.

IV. FACTORES ASOCIADOS CON LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

Las variables más comúnmente citadas son el nivel socioeconómico, la escolaridad y el grupo de edad (en todos los casos mientras más bajo, más riesgo), el estado civil (las mujeres no casadas en más riesgo); el haber sufrido abuso o violencia durante la infancia o el haber sido testigo de ella (Ramírez Rodríguez et al. 1997; Vizcarra, Cortés, Bustos et al. 2001; Díaz et al. 2002; Saucedo García et al. 2003; Rivera et al. 2004; Natera Rey, Juárez García y Tiburcio Sainz 2004). Sin embargo, no necesariamente se da una explicación del por qué de su presencia. Al respecto Castro y Riquer (2003) hacen una crítica a estos trabajos debido a que no jerarquizan las variables relevantes a partir de las categorías de género y poder en el marco de una teoría que articule al actor con la estructura y la historia, reportando solo asociaciones encontradas sin tomar en cuenta el contexto en donde surge el problema: el patriarcado.

IV.2 UNA APROXIMACIÓN A LA VIOLENCIA DOMÉSTICA DESDE EL MODELO ECOLÓGICO

IV.2.1 El Modelo Ecológico de Bronfenbrenner

Carden (1994) comenta que el problema de la violencia y la mujer maltratada ha sido analizado desde diferentes enfoques.

La perspectiva sociopolítica, en la que se encuentran los estudios feministas que mantienen que la estructura patriarcal es la base en la cual se sustenta la violencia doméstica. En ella se argumenta que las diferencias de género y los roles estereotipados han propiciado una dependencia social y económica que imposibilita que las mujeres que viven violencia puedan romper con esas relaciones.

La perspectiva psicológica, que plantea la existencia de dos teorías: la teoría sistémica y la teoría del aprendizaje social. La teoría sistémica propone que la violencia doméstica es producto de una disfunción en la dinámica de la pareja, donde ambos, el agresor y la víctima sostienen una dinámica de abuso. Por su parte, la teoría del aprendizaje social propone que ésta es transmitida por la familia de origen y reforzada por el hecho de que se considera que la violencia es un método de resolución de conflictos.

El postulado central del modelo sociológico es que la violencia es consecuencia de la estructura de la sociedad. Este modelo también ha intentado dar una respuesta a la etiología de la violencia doméstica que se explica en términos de la mayor o menor cantidad de recursos que posea una persona en términos de variables tales como la clase social, los recursos económicos, la distribución del poder dentro y fuera de la familia, la violencia institucional, etc.

Estos modelos se caracterizan por su fragmentación; todos los elementos mencionados están vinculados con el problema pero ofrecen una respuesta parcial, pues cada disciplina ha impreso su punto de vista, sin que se hayan integrado los avances obtenidos en los otros modelos.

La violencia da cuenta de una compleja red que abarca factores culturales, sociales, psicológicos e individuales que fomentan su tolerancia y reproducción. Como sujetos dentro de un entorno social, existe una variedad de elementos que actúan como factores que impiden o impulsan el hecho de que una mujer pida ayuda, tales como el miedo, las respuestas institucionales previas, el amor por el agresor, los recursos económicos, etc. “Estos factores se interrelacionan entre sí y actúan sobre la subjetividad de las mujeres para fortalecerlas o debilitarlas en su decisión de iniciar y continuar una ruta de búsqueda de ayuda y soluciones [...] Las dinámicas de una relación violenta son tan complejas y opresivas que el impulso de las mujeres hacia la vida, hacia la sobre vivencia, no se construye tan fácilmente” (Sagot et al., 2000 págs. 43 y 115).

El Modelo Ecológico, desarrollado originalmente por Bronfenbrenner para otros fines, es tomado por la OMS para explicar que la violencia es el resultado de una compleja interacción de factores individuales, sociales, culturales y ambientales. Es un modelo que permite ubicar los diferentes factores internos y externos que hacen que una mujer permanezca en una situación de violencia por parte de la pareja, tal como lo ha reelaborado Corsi (1997) para hombres maltratadores. Partimos del supuesto de que los factores externos son internalizados en formas diversas por las mujeres, provocando cambios en su subjetividad que se ven reflejados al tomar decisiones y actuar con respecto a su situación actual.

Según Bronfenbrenner (1987) el ambiente ecológico se concibe como un conjunto de estructuras seriadas, cada una de las cuales cabe dentro de la siguiente. En el nivel más interno se encuentra el entorno inmediato que contiene a la persona. En un segundo nivel se encuentra la casa, la escuela, el trabajo y las personas que están en estrecha relación con la persona. El

tercer nivel es más amplio y hace referencia a la cultura en dónde se encuentra inmerso el sujeto.

Para este autor, el ambiente ecológico involucra las siguientes estructuras:

“El *macrosistema* se refiere a las correspondencias, en forma y contenido, de los sistemas de menor orden que existen o podrían existir al nivel de subcultura o cultura de creencias o ideología que sustente estas correspondencias” (pág. 45)

“El *exosistema* se refiere a uno o más entornos que no incluyen a la persona en desarrollo como participante activo, pero en los cuales se producen hechos que afectan a lo que ocurre en el entorno que comprende a la persona en desarrollo” (pág. 44)

“El *mesosistema* comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente” (pág. 44)

“El *microsistema* es un patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona en desarrollo experimenta en un entorno determinado, con características físicas y materiales particulares” (pág. 41)

La importancia de dicha perspectiva es que ubica los diferentes niveles en los que se sitúa el sujeto, e involucra una serie de interconexiones que son decisivas para el desarrollo del individuo. Como la sociedad no es estática, cualquier cambio de rol o de entorno modifica la posición de una persona en el ambiente dando paso a lo que denominó transición ecológica que se produce cuando la posición de una persona en el ambiente ecológico se modifica a consecuencia de un cambio de rol, de entorno, o de ambos a la vez.

IV.2.2 El Modelo Ecológico aplicado al problema de la violencia doméstica.

Corsi (1997) reelabora el Modelo Ecológico de Bronfenbrenner para aplicarlo al problema de la violencia doméstica, abarcando desde la organización social, sistema de creencias y valores culturales; instituciones mediadoras entre la cultura y el sujeto, tales como las escuelas, el trabajo, los medios de comunicación e instituciones asistenciales y judiciales; la red afectiva y el

nivel individual. Para lo cual establece los siguientes cuatro contextos en los que se desarrolla la persona: macrosistema, exosistema, microsistema y el nivel individual.

Dado que el problema de la violencia doméstica es el resultado de una compleja red multifactorial, donde distintas variables asociadas están entremezcladas, se presentan a continuación algunas investigaciones que involucran desde factores estructurales de la violencia, hasta aquellas ubicadas en la subjetividad de las mujeres, para lo cuál se propone con fines analíticos, abordarlas ubicándolas en diferentes niveles, de acuerdo con este modelo.

Cabe aclarar que las investigaciones con respecto al macrosistema, exosistema y microsistema presentadas a continuación tratan de ser retomadas fundamentalmente de la literatura nacional o latinoamericana por tratarse de aspectos culturales cercanos a nuestra condición; sin embargo en lo relativo al nivel individual, las investigaciones presentadas corresponden tanto a literatura nacional y como extranjera ya que son pocas las investigaciones que centran su interés en aspectos propios de las rutas seguidas por mujeres en búsqueda de ayuda, además de que por la naturaleza de las variables involucradas en este nivel pueden ser generalizadas a contextos como el nuestro.

IV.2.2.1 Macrosistema

Este nivel es el contexto más amplio en donde se desenvuelve el sujeto y hace referencia a las formas de organización social, incluyendo las creencias y valores culturales acerca de la mujer, el hombre y la familia.

En una sociedad como la nuestra, la patriarcal, las relaciones entre hombres y mujeres se tejen en una base permeada por una desigualdad de poderes en donde se privilegia al hombre sobre la mujer, lo que cual genera consecuencias negativas. Esto es sustentado mediante la educación, la religión, sistemas judiciales y económicos entre otros. Las creencias y valores juegan un papel esencial en la aceptación del uso del poder y la obediencia de la mujer logrando una normalización de la violencia contra las mujeres.

Los roles tradicionales de género hacen que una mujer permanezca en una relación de violencia por parte de su pareja, ya que si intentara dejarla estaría atentando contra los mandatos sociales sobre la familia y el matrimonio que son fundantes de la identidad femenina.

(Sagot et al., 2000). La sociedad condiciona a las mujeres a enfrentar la violencia mediante conductas de adaptación que las llevan a conformarse a vivir en esta situación y a considerarla como algo “natural” por lo que en muchas ocasiones la violencia no es reconocida como tal.

A continuación reseñamos estudios principalmente cualitativos que exploran el discurso de las mujeres y profundizan en las creencias acerca de la violencia y la aceptación de la violencia.

Diversos estudios documentan que existen rasgos de la violencia que son aceptados para “corregir” a las mujeres cuando no realizan las funciones que socialmente le son designadas o contradicen a su cónyuge (Miranda et al.1998, y Cervantes, Ramos y Saltijeral 2004). En este sentido, Valdez Rosario y Juárez Clara (1998) refieren que los privilegios de los hombres son parte estructural de nuestra cultura, esta es la razón por la que algunos hombres sienten que tienen el derecho de exigir (aún con agresiones) que cumplan con sus deseos, lo que puede incluir relaciones sexuales, obediencia pasiva, trabajo no remunerado, crianza de los hijos y apoyo emocional.

Miranda et al. (1998) refiere que la respuesta generada por las mujeres que viven violencia es “aguantar” debido a que fue “su suerte” que les tocara un hombre que las maltratara; por lo que la violencia es vivida como un destino inalterable propio de su sexo.

Lo anterior ocasiona que esta violencia sea una práctica “normalizada”, de esta manera su reconocimiento y en consecuencia la búsqueda de ayuda se dificulta. Al respecto, algunas investigaciones han documentado que cuando se utiliza una escala, un gran porcentaje de las mujeres que se identificaron como víctimas de violencia doméstica, no lo reportaron cuando se les pregunto de manera directa (Valdez Santiago et al. ,1996; y la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003).

IV.2.2.2 Exosistema

En este nivel se encuentran las instituciones mediadoras entre la cultura y el individuo, es decir, las escuelas, iglesias, ámbitos laborales, medios de comunicación y organismos judiciales. Aquí se incluyen las carencias en el ámbito institucional y económico, falta de información, legislaciones inadecuadas y escaso apoyo social que se traducen en poderosos factores inhibidores de la búsqueda de ayuda.

La burocracia de las instituciones, la ineficacia policial, la falta de privacidad y confidencialidad, la información imprecisa, el cobro por ciertos servicios, limitada cobertura de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que atienden a mujeres y actitudes negativas de los prestatarios se convierten en poderosos factores inhibidores para las afectadas. (Sagot et al., 2000).

Distintas investigaciones han reportado la revictimización por parte de estas instituciones, así como de servicios de salud en dónde son ridiculizadas y no tomadas en cuenta por parte de los servidores de justicia y salud, por lo que son desalentadas en esta búsqueda de ayuda. Al respecto, Hartigan Pamela (1997) comenta que de acuerdo con las declaraciones de algunas víctimas de la violencia doméstica, en América Latina el personal policial y los jueces se dejan sobornar fácilmente y ponen en libertad al culpable por recompensas insignificantes. Para lo que pone un ejemplo: “Se burlaron de mi... se me reían en la cara (la policía)...y él... (el marido) decía...anda, vete, denúciame....todos son amigos míos. El juez es amigo mío... los policías son amigos míos... y mira a ver qué has sacado de armar todo este lío. Nada.. aquí estoy todavía ¿Qué ganaste con ello? Nada...si todo es un chiste” (pág. 192). Así, en palabras de la autora, la mujer atrapada en una relación violenta rebota de un organismo a otro, sin encontrar una solución al problema.

El número de mujeres que denuncian a sus agresores es muy bajo debido a la falta de credibilidad en las autoridades, quienes generalmente no responden a sus demandas. En 20% de los casos de violencia doméstica se presentó denuncia ante las autoridades tales como Ministerio Público; sin embargo solo el 46% de la denuncias tuvo éxito en el sentido de que apresaron al agresor o hubo separación de la pareja (COVAC, 1995). Este también es el caso del estudio realizado por Saucedo García et al. (2003) donde sólo una quinta parte de las víctimas de violencia presentan una denuncia, de las cuales el 75% no tuvieron repercusión.

Al respecto, Castro et al. (2003) comentan que en las instituciones de salud, se pueden observar mecanismos que se asocian estrechamente a la producción de la violencia: la agrupación y el funcionamiento de los médicos en el marco de una profesión; las estrategias de complicidad que ese marco permite; la difusión de un discurso que legitima una forma de hacer medicina (la occidental) y descalifica a las otras; la existencia de jerarquías rígidas e incuestionables entre médicos y pacientes; la introyección, por parte de las mujeres, del discurso dominante (la forma extrema de la violencia simbólica, según Bourdieu).

IV.2.2.3 Microsistema

Este nivel hace referencia a la red afectiva de las personas, donde la familia tiene un papel esencial, por lo que considera la interacción familiar y la historia personal como factores esenciales en la búsqueda de ayuda o permanencia en una relación violenta.

Hartigan (1997); Miranda et al. (1998); y Sagot et al. (2000) afirman que la familia juega un papel primordial en la ruptura del ciclo de la violencia ya que puede impulsar a las mujeres a pedir ayuda o por el contrario pueden provocar que la mujer se mantenga en esta dinámica de abuso.

IV.2.2.4 Nivel Individual

El nivel consta de cuatro dimensiones: la dimensión *cognitiva* que comprende los esquemas cognitivos, las formas de percibir y conceptuar el mundo que configuran el paradigma o estilo cognitivo de la persona; la *conductual* que es el repertorio de comportamientos con el que una persona se relaciona con el mundo; la *psicodinámica* que se refiere a la dinámica intrapsíquica, en sus distintos niveles de profundidad (desde emociones, ansiedades y conflictos conscientes, hasta manifestaciones del psiquismo inconsciente); y la dimensión *interaccional* que alude a las pautas de relación y de comunicación interpersonal.

Este nivel hace referencia a la internalización de los niveles anteriores es decir de las creencias acerca de la violencia, de los roles de género, las experiencias previas de búsqueda de ayuda, la información que se tenga acerca de la violencia, los servicios a los que tenga acceso la mujer, así como su red social y afectiva.

El hecho de que la violencia doméstica sea un patrón de control donde la violencia es repetitiva pone de manifiesto que estas mujeres se encuentran “atrapadas” en esta situación. A lo largo de este trabajo, hemos visto una serie de factores culturales (naturalización de la violencia), institucionales (revictimización e ineficiencia por parte de los prestatarios) y familiares (escaso o nulo apoyo). Estos factores, internos y externos se interrelacionan entre sí y actúan sobre la subjetividad de las mujeres fomentando su permanencia en las relaciones donde experimentan violencia o en un momento dado fortaleciéndolas en su decisión de romper el ciclo de la violencia y/o buscar ayuda formal.

Saltijeral, Ramos y Caballero (1998) refieren que las reacciones que enfrentan mujeres que sufren violencia se pueden dividir en cuatro categorías: emocional, física, cognoscitiva y social. A nivel emocional experimentan miedo, coraje, ira, temor, vulnerabilidad y tristeza; a nivel físico presentan dificultades para dormir, dolores de cabeza o estómago y falta de apetito; como respuestas cognoscitivas manifiestan sentirse humilladas, desconfiadas, indefensas y acorraladas, lo cual altera la percepción de sí mismas ya que no se explican las causas del maltrato; y dentro de las respuestas sociales se aíslan, evitan cualquier contacto con familiares y amigos y sienten una profunda desconfianza. Comentan que la violencia las paralizaba, no sabían como defenderse; esto nos permite entender que en muchas ocasiones existe una distorsión cognitiva en las mujeres, por lo que no “encuentran” (aunque las haya) vías que les permitan salir de relaciones violentas. Al darse cuenta de que es difícil escapar sienten que nada de lo que hagan podrá alterar sus circunstancias.

Sagot et al. (2000) encontraron que el miedo, la culpa, la vergüenza, el amor por el agresor, la manipulación del agresor y las dinámicas del ciclo de la violencia, y el desconocimiento de sus derechos son fuertes inhibidores en la búsqueda de ayuda en relaciones de violencia.

Lewis (2003) realizó un estudio con 90 mujeres de 18 a 64 años de edad en Estados Unidos, cuyo objetivo fue investigar los factores que distinguen a mujeres maltratadas que buscan ayuda de las mujeres maltratadas que no buscan ayuda, los resultados revelaron que en las mujeres que no buscaron ayuda se encontraron más aisladas socialmente. Las razones más comunes por las cuales refirieron que no acudieron a los servicios de atención eran porque amaban a su esposo, su esposo se disculpó, creyeron que su esposo cambiaría, se sentían avergonzadas, no tenían dinero para independizarse, y por miedo a que las forzaran a dejar a su marido; una minoría no lo hizo porque no tenía información.

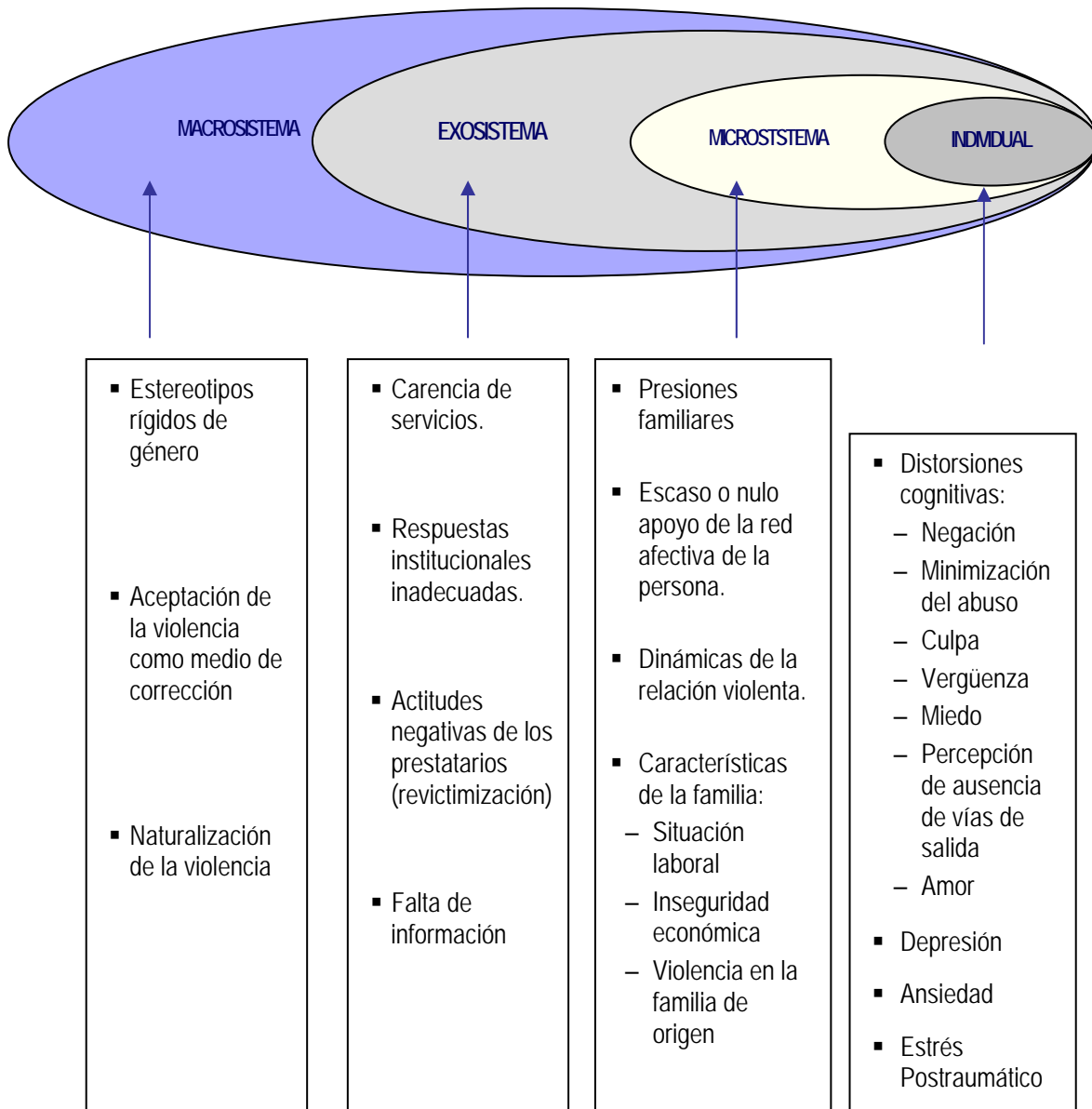
Cabe mencionar que el 75% de las mujeres maltratadas reportaron irse y volver a la relación violenta por lo menos dos veces sin importar su grado de apoyo social, aislamiento o severidad del abuso, lo que nos muestra que las mujeres no permanecen “pasivas”, sino que hacen diversas actividades para cambiar la relación. Para que una mujer pueda reconocer una relación violenta se requiere que haya hecho, por sí misma o con ayuda profesional, un proceso de reconocimiento de la situación que está viviendo, es decir asumirse como mujer maltratada o asumir que su pareja es violenta o que está en una relación de maltrato (Valdez, Hajar, Ávila et al. 2004).

Cuadro 4. Factores que obstaculizaron la búsqueda de ayuda

Autor/año	Población	Resultados
Sagot, Carcedo, y Guido (2000)	Mujeres de 16 comunidades de diez países (Belice, Bolivia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y Perú)	<ul style="list-style-type: none"> * Miedos * Culpa * Vergüenza * Amor por el agresor * Idea de que lo que ocurre al interior de la familia es privado * Manipulación del agresor y dinámicas del ciclo de la violencia * Desconocimiento de sus derechos y falta de información * Presiones familiares y sociales * Inseguridad económica y falta de recursos materiales * Actitudes negativas de los prestatarios e inadecuadas respuestas institucionales * Limitada cobertura de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales de mujeres * Contextos sociales con historias de violencia
Lewis (2003)	90 mujeres que asistieron a dos centros de salud en Estados Unidos.	<ul style="list-style-type: none"> Amor 55% Su pareja se disculpó 55% Se sentían avergonzadas 48% Creyeron que su pareja cambiaría 48% No tenían dinero para independizarse 38% Miedo de que su marido se vengara 35% Miedo a que incrementara la violencia 33% Se sentían culpables por la violencia ocurrida 28% Su familia no entendería 28% Se sentía avergonzada por pedir ayuda 28% Su pareja trataría de matarla 20% Su pareja trataría de suicidarse 18% Podría perder el trabajo 18% Porque no tenía recursos 18% No sabía que existían refugios para mujeres maltratadas 17% Miedo a perder a sus hijos 15% No podía pagar el transporte para acudir a un refugio 13% Porque va en contra de sus creencias religiosas 13% Desconocía que podía obtener protección 13% Necesitaba que le ayudaran a cuidar a sus niños 10% Temió que su pareja perdiera su trabajo 8% No conocía que la violencia es ilegal 8% Creyó que era normal la violencia contra ella 7% No tenía información de cómo ponerse en contacto con algún refugio 6%
Fernández, Herrero, Buitrago, et. al. (2003)	Reporte teórico Madrid (España)	<ul style="list-style-type: none"> * Esperanza en que la situación cambie * Miedo a represalias en ellas o en sus hijos * Vergüenza ante la sensación de fracaso o culpa * Tolerancia a los comportamientos violentos * Dependencia de la mujer respecto a su pareja: psicológica y económica * Sentimientos de ambivalencia o inseguridad * Miedo al aparato judicial * No saber a quien dirigirse o a qué servicios acudir * Falta de apoyo familiar, social o económico

A continuación se presenta un cuadro que con base en la literatura teórica y de investigación resume algunos de los principales factores involucrados en el problema de la violencia doméstica de acuerdo con el Modelo Ecológico reelaborado por Corsi.

Cuadro 5. Modelo Ecológico aplicado a la violencia doméstica



V. BÚSQUEDA DE AYUDA: EL INICIO DE LA RUTA CRÍTICA

El proceso de búsqueda de ayuda ha sido mirado tradicionalmente desde el punto de vista médico como un encuentro entre dos ejes principales: el comportamiento del cliente o paciente y el comportamiento del otorgante que convergen en la utilización de servicios. Sin embargo, cuando hablamos del proceso de búsqueda de ayuda de una mujer maltratada por su pareja nos encontramos con un panorama más complejo que el ya de por sí difícil camino que enfrentan las personas afectadas por alguna enfermedad física o mental.

La violencia doméstica no es una enfermedad, sino que es un problema social, de derechos humanos, de salud y jurídico que suele conllevar una serie de problemas en la salud física y mental de las mujeres que la experimentan o han experimentado. Por esto, es necesario considerar la búsqueda de ayuda y la ruta crítica de estas mujeres como una trayectoria en la que se implican otras instituciones y actores, más allá del sistema de salud y de los prestadores en dicho sistema. Por supuesto que las mujeres maltratadas pueden decidir acudir al médico a pedir ayuda, pero también pueden quedarse calladas y no hablar del maltrato si no se les pregunta directamente. Dado que el reconocer la violencia doméstica como un problema puede ser un proceso lento y doloroso, es importante desarrollar un esquema que involucre a todas aquellas instancias y personas con las que posiblemente se verán involucradas en esa ruta crítica las mujeres maltratadas por su pareja.

Para iniciar, aunque se haya señalado que el sistema de salud no es el único lugar con el que tienen contacto las mujeres violentadas en el ámbito doméstico, es útil revisar el modelo del proceso de atención médica propuesto por Donabedian (1988). Éste permite ubicar dicho proceso en forma no lineal, incluye además de los otorgantes del sistema de salud, a personas significativas para los pacientes. Posteriormente se incluirán otros elementos para hacer un planteamiento más amplio que involucre los factores que inciden sobre la búsqueda de ayuda y la ruta crítica en las mujeres maltratadas.

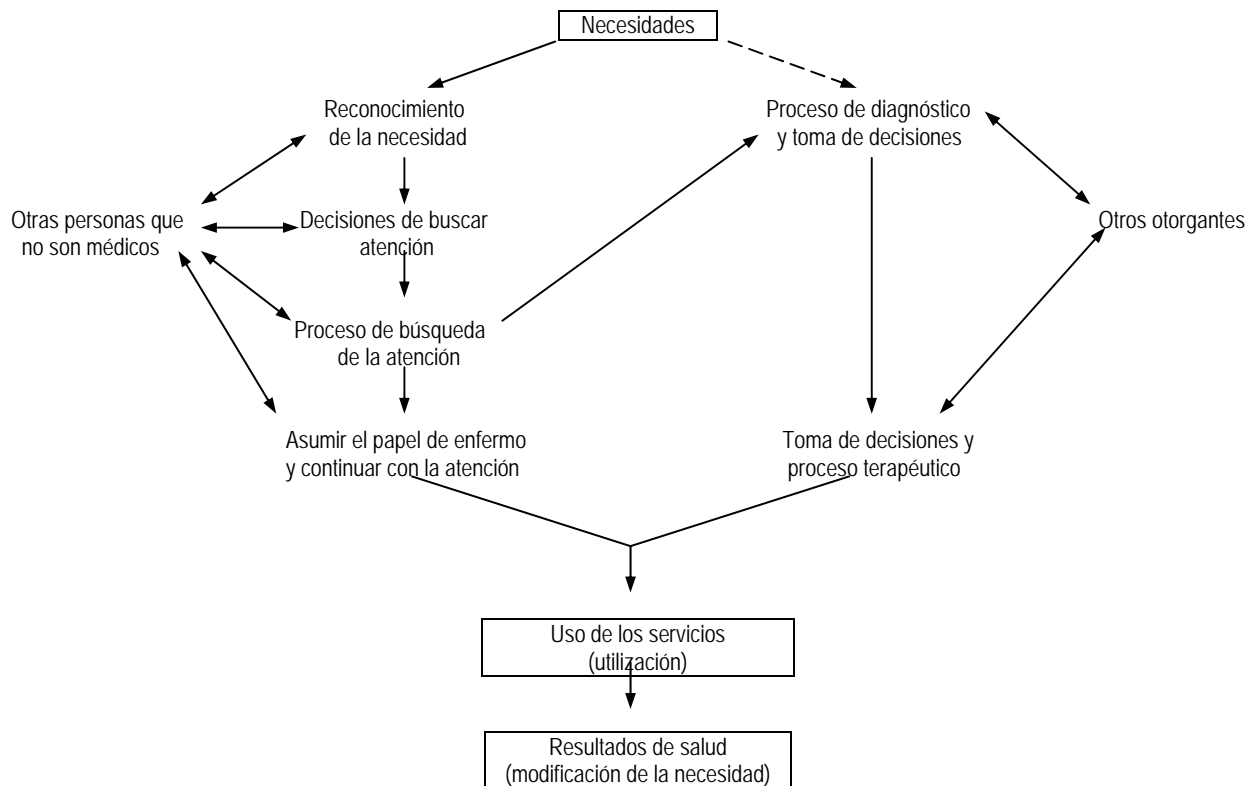
V.I El modelo del proceso de atención médica

Como se observa en la cuadro 6, Donabedian (1988) considera que el primer paso en la utilización de servicios de salud es el reconocimiento de una *necesidad*, la cual generalmente es percibida como una “alteración a la salud o el bienestar que requiere atención”. En algunos

casos, el profesional de la salud puede ser el primero en detectarla, no obstante en la mayor parte de los casos es el sujeto (cliente) quien detecta la necesidad y adopta una serie de comportamientos en la búsqueda de ayuda. “El proceso de búsqueda de la atención lleva a establecer contacto <directo> con un primer médico. En algunos casos, el camino que lleva hacia el médico es tortuoso, o intervienen en él parientes y amigos, que constituyen en la terminología de Freidson, el sistema no profesional de referencias” (pág. 72). El médico, entonces, establece una serie de actividades que constituyen el proceso de diagnóstico y que tiene la función de validar el reconocimiento de la necesidad por parte del profesional de salud, lo cuál dará paso al establecimiento de la terapia.

Los dos ejes principales del proceso, el cliente y el otorgante interactúan constantemente en el reconocimiento de la enfermedad y en la búsqueda de ayuda que debería terminar con la utilización de servicios y resultados favorables en relación a la demanda inicial. Este proceso se da en un contexto que involucra estructuras que constituyen la atención médica, que a su vez está influida por valores sociales y rasgos culturales que repercuten en las necesidades, en su percepción y en los comportamientos con los que el cliente y el otorgante responden a éstas.

Cuadro 6. Modelo del proceso de atención médica



Fuente: Donabedian et al. (1988, pág. 72)

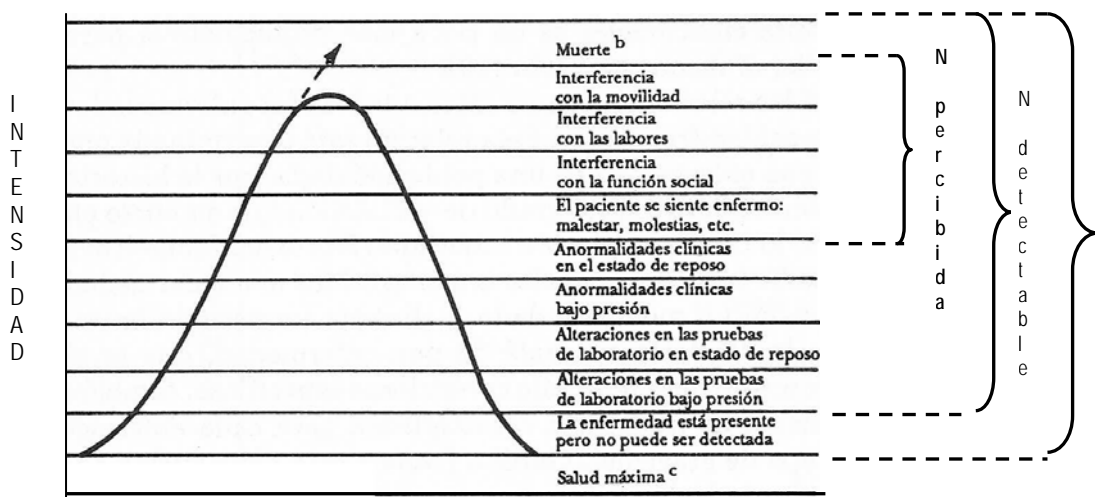
Lo anterior nos permite entender que la sociedad no se muestra homogénea respecto a las necesidades de salud, siendo común que los prestadores de servicios y la población tengan definiciones diferentes. Por tanto, la necesidad siempre debe ser entendida desde dos perspectivas distintas: la del cliente y la del otorgante. La necesidad se define con base en las condiciones que requieren atención, las cuáles no se limitan únicamente a las enfermedades, sino a todo fenómeno que altere la salud y el bienestar de la persona, como la violencia doméstica.

V.1.1 El reconocimiento de la necesidad

Con respecto al reconocimiento de la necesidad por parte del cliente (paciente) y el proceso de diagnóstico y toma de decisiones por parte del otorgante, Donabedian (1988) propone que existen dos propiedades de la enfermedad que influyen en su evaluación: a) su gradiente tiempo-intensidad, y b) la relación entre la intensidad y la frecuencia. La enfermedad comienza con cambios sutiles para el individuo, que conforme sigue su curso va produciendo cada vez más daños y sus manifestaciones van siendo más visibles, lo cual hace que la enfermedad se vuelva más evidente conforme avanza el proceso tal y como se muestra en el cuadro 7.

De la congruencia entre las dos evaluaciones (la del cliente y la del otorgante) depende que se inicie el proceso de la atención médica y se tengan resultados favorables. Por el contrario, si las evaluaciones son incongruentes, es decir si las necesidades no son reconocidas o no son satisfechas, el proceso irá perdiendo eficacia.

Cuadro 7. El gradiente tiempo- intensidad en una enfermedad hipotética



Fuente: Donabedian et al. (1988, pág. 89)

Mechanic (1968) refiere que la percepción diferencial de los síntomas y su gravedad es lo que condiciona la búsqueda de ayuda. Por lo cual, establece diez factores que afectan la respuesta a la enfermedad:

1. Visibilidad, reconocimiento, y relevancia en la percepción de signos y síntomas.
2. Grado en que los síntomas son percibidos como serios.
3. Grado en que los síntomas interfieren con la familia, trabajo y otras actividades sociales.
4. Frecuencia de la aparición de los signos o síntomas y su persistencia.
5. Tolerancia de los demás hacia la enfermedad.
6. Información disponible, conocimiento y supuestos culturales del evaluador.
7. Negación de los síntomas (procesos psicológicos que distorsionan la realidad).
8. Necesidades que compiten con las respuestas de la enfermedad.
9. Interpretaciones alternativas de los síntomas o signos.
10. Disponibilidad del tratamiento, lo cual involucra la proximidad física y psicológica, además de los costos del mismo. (se consideran: la distancia física, el tiempo empleado, el costo económico, el esfuerzo, pero también costos como el estigma, la distancia social y los sentimientos de humillación).

Según este autor, las personas responden a una enfermedad con base a sus definiciones de la situación, las cuales están influidas por el contexto socio-cultural donde se desenvuelven. De esta manera, el individuo es el que reconoce un problema pero siempre mediado por la influencia de los demás y sometido entonces a un proceso que no es lineal ni causa-efecto. Como señala Infante (1988) existe una serie de factores que interactúan entre la enfermedad y la búsqueda de ayuda. “El proceso de buscar ayuda no está directamente relacionado con la presencia objetiva de síntomas, ni de su seriedad, sino que entre el nivel de salud y la utilización de servicios, median una serie de factores de índole diversa, los cuales producen diversos patrones de decisión, búsqueda y uso de los recursos de atención a la salud” (pág. 252-253)

V.2 El proceso de la ruta crítica

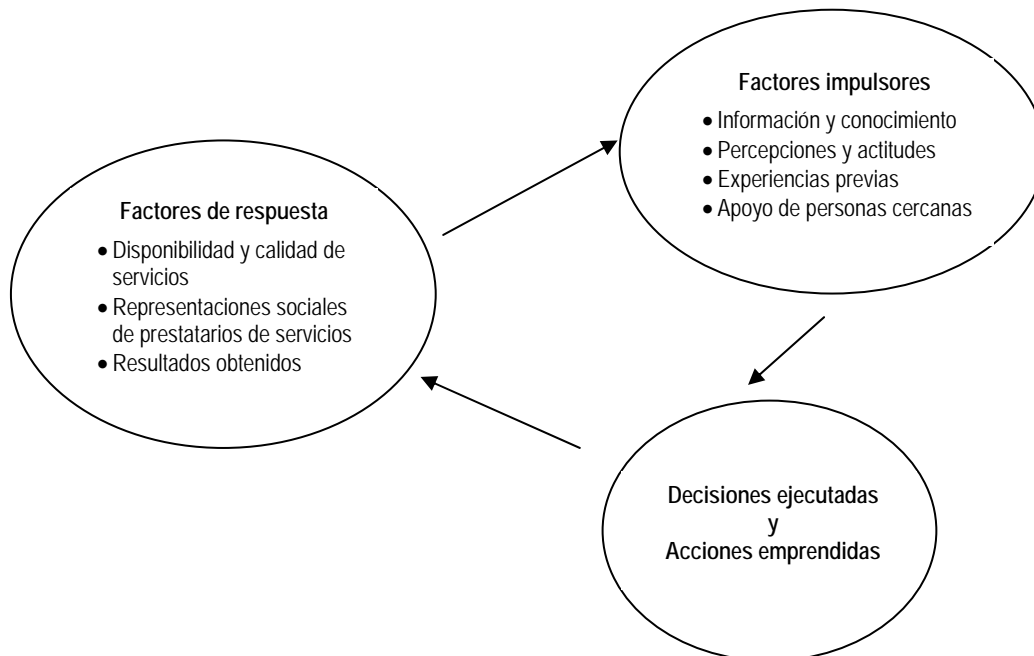
Este proceso se desencadena en el momento en que la persona decide pedir ayuda. En el caso de la violencia doméstica Sagot et al. (2000) consideran que la *ruta crítica* es un proceso que se construye a partir de las decisiones tomadas –que incluyen componentes cognitivos y

emocionales-, las acciones emprendidas por las mujeres afectadas en su búsqueda de ayuda y por la respuesta social encontrada. Se trata de un proceso constituido por factores que pueden impulsar o inhibir a las mujeres a pedir ayuda. Al respecto, en el cuadro 8 Sagot et al. (2000) muestran que tanto la información, el conocimiento, las percepciones y las actitudes de las mujeres, los recursos con los que cuentan y sus experiencias previas; así como el acceso y disponibilidad de los servicios son factores que pueden impulsar u obstaculizar el inicio de la ruta crítica.

Lo anterior pone de manifiesto una multiplicidad de factores que intervienen en la decisión de buscar ayuda y en la ruta que seguirán las mujeres a partir de esta búsqueda; asimismo hace evidente que factores que pueden ser en un momento obstaculizadores para detectar una necesidad (como el tener hijos), en otro pueden ser impulsores.

Es fundamental señalar que este proceso no sucede en el vacío, se encuentra altamente influenciado por las representaciones culturales en torno a la violencia doméstica que repercuten no sólo en la percepción de las mujeres, sino en la calidad de la atención, lo que condiciona la atención que los prestatarios de servicios de salud y de justicia otorgan a las mujeres.

Cuadro 8. La ruta crítica de las mujeres maltratadas: despliegue esquemático



Fuente: Sagot et al. (2000, pág. 114)

V.3 Hacia un modelo ecológico de comprensión de la búsqueda de ayuda y el inicio de la ruta crítica en mujeres maltratadas

Si retomamos el modelo ecológico reelaborado por Corsi (1997), ubicándonos a nivel del individuo, es decir de la mujer que sufre violencia, es notorio que en ella inciden una serie de factores culturales, institucionales, familiares e individuales que se interrelacionan entre sí y actúan en su subjetividad para impulsarla u obstaculizarla en la decisión de buscar ayuda e iniciar una ruta crítica.

Estos factores marcarán el desaliento o ratificación de la decisión de romper y/o modificar relaciones violentas, de ahí su importancia. “El papel que los diferentes factores tanto internos como externos juegan en el proceso, depende de la subjetividad de las mujeres. La subjetividad termina siendo la dimensión en la que se construye el sentido del proceso de la ruta crítica y la que explica cómo un mismo elemento puede convertirse en un factor impulsor o inhibidor” (Sagot et al. 2000, pág. 113-114)

Por lo anterior es importante definir qué entendemos por factores impulsores e inhibidores.

Los **factores impulsores** son definidos por Sagot et al. (2000) como los sentimientos y razonamientos que culminan en decisiones para buscar alternativas a la situación de violencia, pudiendo ser de dos tipos:

- a) *Factores impulsores internos*: que se refieren a los procesos individuales que conllevan razones y representaciones sociales que las motivan a buscar soluciones para sus problemas de violencia.
- b) *Factores impulsores externos*: hacen referencia a los recursos con los que cuentan o no las mujeres. Recursos de tipo material, afectivo, institucional (respuestas obtenidas) y/o información acerca de la violencia.

En contraparte, los **factores inhibidores** son definidos por la autora como todos aquellos elementos que actúan negativamente sobre la decisión de iniciar o continuar una ruta crítica.

Con base a lo anterior y tomando en cuenta el modelo de Donabedian (1988) es fundamental empezar a esbozar un modelo del proceso de búsqueda de ayuda en las mujeres que viven violencia doméstica, específicamente enfatizando el apoyo de personas cercanas y el de los

otorgantes de la atención en el reconocimiento de la necesidad, lo cual posibilita la decisión de buscar ayuda y las acciones realizadas en esta búsqueda.

Es importante retomar también su aportación sobre el hecho de que el proceso de la atención no se da en el vacío, sino que está influida por valores sociales y rasgos culturales que repercuten en la percepción de lo que es reconocido como una necesidad. En este sentido, como ya ha sido documentado por diversos autores (Fernández 1998; De Oliveira 1998; Zurutuza 1993; Ramos et al. 2002; Corsi 1998) aunque la violencia doméstica forma parte de un problema social de grandes dimensiones, tiene como característica estructural su invisibilidad, al formar parte de un contexto sociocultural donde se tolera y naturaliza, dificultando su reconocimiento. “La práctica de la violencia es un acto legítimo; las personas afectadas, principalmente mujeres, suelen responsabilizarse a sí mismas de ser las provocadoras de los actos violentos, percepción que es ampliamente reforzada por los mitos y actitudes de la sociedad” (Sagot et al. 2000, pág. 19). Estas representaciones en torno a la violencia y su naturalización, son factores que median no sólo las percepciones y acciones de las mujeres que viven violencia, sino también se cristalizan en la información y prácticas al interior de instituciones y prestatarios en los espacios de salud y de justicia.

El despliegue esquemático de Sagot et al. (2000) establece que la información con la que la mujer cuenta sobre la violencia doméstica y los servicios a los que puede acudir, influye en el reconocimiento de la violencia como un problema.

Aunado a esto, el hecho de que las mujeres perciban a los servicios como accesibles o inaccesibles, puede servir a su vez como factor impulsor o inhibidor de la búsqueda de ayuda. Al respecto, Frenk (2003) establece que entre el proceso de búsqueda y obtención de la atención a la salud, existen cuatro formas fundamentales de accesibilidad. La primera es la geográfica, que hace alusión al grado de ajuste entre la distribución espacial de la población y los recursos, es decir que para que los servicios sean accesibles deben encontrarse cerca de donde la población vive. La segunda forma es la accesibilidad financiera, que se refiere al grado en que los ingresos de los usuarios alcanzan para pagar el precio de los servicios; este costo incluye también el costo del transporte y el valor del tiempo utilizado en buscar y obtener atención. La tercera forma de accesibilidad es la organizativa, la cual abarca los obstáculos a la utilización de los servicios, por ejemplo los horarios de atención o el tiempo de espera. Finalmente, la cuarta forma de accesibilidad es la cultural, es decir la distancia entre los prestadores y los usuarios potenciales en aspectos tan cruciales como las creencias sobre la

salud. Es fundamental enfatizar esta forma de accesibilidad, puesto que las investigaciones antes revisadas (Hartigan 1997; Sagot et al, 2000; Méndez et al. 2003; Valdez 2004) reportan una serie de respuestas institucionales inadecuadas donde los prestadores de servicios en muchas ocasiones dan un trato inadecuado a las mujeres que sufren esta problemática.

Cabe mencionar que dentro de las consecuencias que la violencia doméstica trae consigo, se encuentran la sintomatología depresiva y el trastorno por estrés postraumático que pueden actuar en un doble sentido pues si bien en muchas ocasiones estos problemas impiden el reconocimiento de la violencia, en otros casos pueden servir como impulsores, ya que a causa de estos se puede acudir a los servicios de salud.

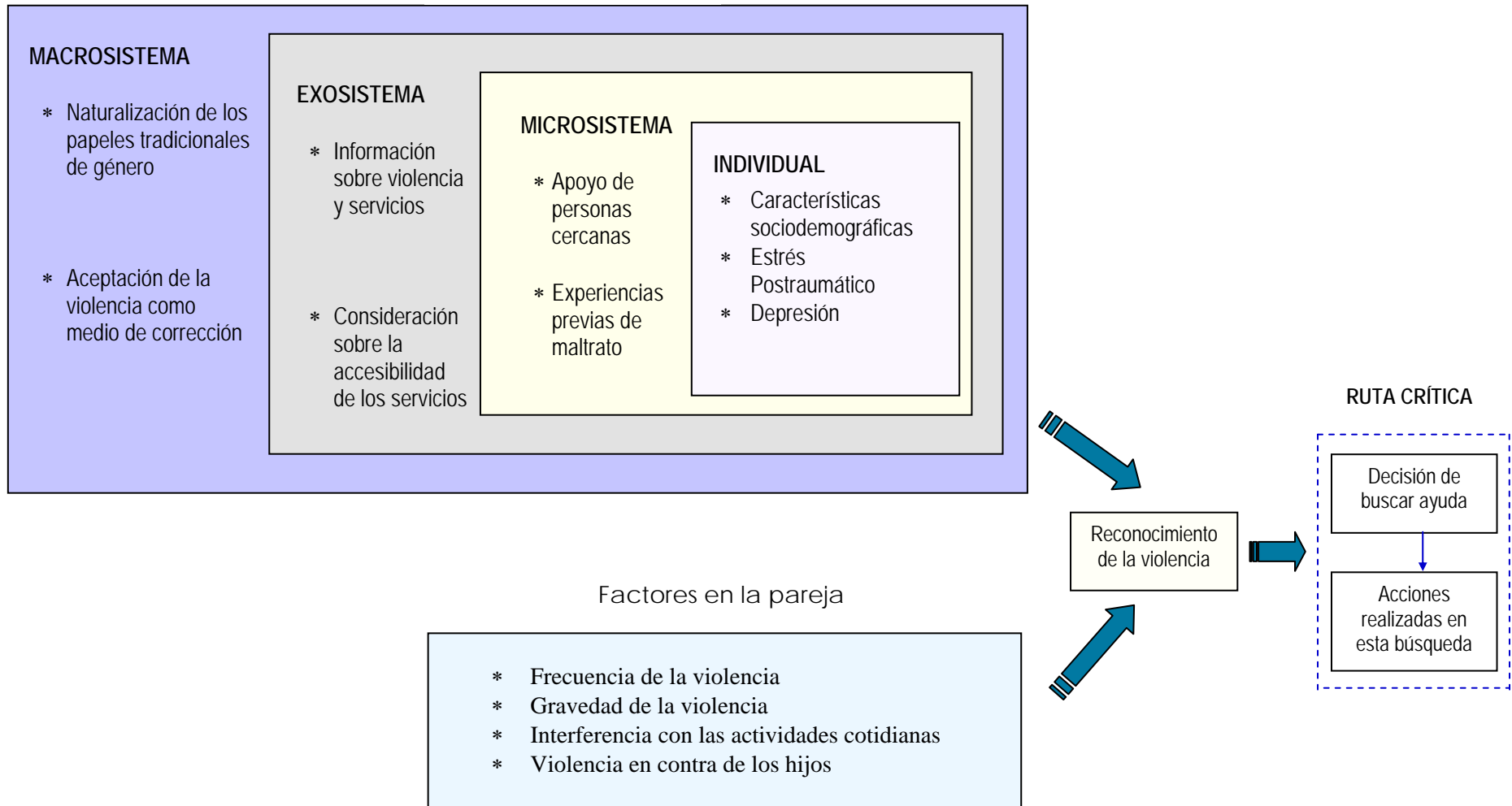
Todo lo anterior pone de manifiesto la multiplicidad de factores que inciden en el reconocimiento de la violencia doméstica como un problema en las mujeres y en consecuencia en la búsqueda de ayuda, pudiendo en ocasiones actuar como impulsores y en otras como inhibidores de la búsqueda de ayuda.

Por otra parte, la literatura de investigación ha mostrado que el aumento en la frecuencia o gravedad de los ataques violentos y el uso de violencia contra los hijos son **factores que precipitan** la decisión de buscar ayuda. Esto concuerda con lo planteado por Mechanic (1968) en cuanto a la visibilización, reconocimiento y relevancia en la percepción de los síntomas a partir de su gravedad y de la interferencia que tienen en las actividades cotidianas.

Con base en lo anterior, en el cuadro 9 se propone un modelo tentativo de los factores que inciden en el reconocimiento de la violencia y en la ruta crítica, los cuales se dividen en dos grandes categorías: los relacionados con la mujer maltratada que pueden servir como impulsores o inhibidores, y los relacionados con la pareja que parecen actuar como precipitadores. Ambas categorías influyen en el reconocimiento de la violencia, que a su vez permite el inicio de la ruta crítica entendida como “lógica de decisiones con respecto a la búsqueda de ayuda, las acciones y reacciones de las mujeres afectadas, así como la de los factores que intervienen en ese proceso”. Se trata de un proceso no lineal, que se desencadena con la decisión de buscar ayuda, y las subsecuentes acciones realizadas en esta búsqueda. Se considera que su inicio es el momento en que una mujer “rompe el silencio” con respecto a la violencia que vive (Sagot et al, 2000).

Cuadro 9. Esquema conceptual: Factores que intervienen en la ruta crítica

Factores en la mujer



Factores relacionados con la mujer maltratada

Estos factores si bien se presentan en la mujer, hacen referencia a diferentes niveles ya que implican desde creencias culturales hasta característica sociodemográficas.

MACROSISTEMA

- **Naturalización de los papeles tradicionales de género:** Hace referencia a prescripciones, normas y expectativas de comportamiento para hombres y mujeres, que son sostenidas por las personas como naturales, verdaderas y normales. (Buenaventura 1990, Lara 1993, Burin 1998)

- **Aceptación de la violencia como medio de solución de conflictos:** Hace referencia a la consideración de la violencia como un modo válido y “natural” para resolver conflictos. (Saldivar, Ramos y Saltijeral 2004, Corsi 1998)

EXOSISTEMA

- **Información sobre:**
 - *Violencia doméstica:* como un problema que se manifiesta de diferentes formas (física, sexual o psicológica), y que no es natural, ni normal.
 - *Lugares a dónde acudir:* albergues, instituciones de gobierno, ONG´s, etc.
(Sagot et al. 2000)

- **Accesibilidad a los servicios:** la consideración de las mujeres con respecto a:
 - *Accesibilidad geográfica:* cercanía de los servicios al lugar donde vive la población:
 - *Accesibilidad financiera:* costos de la atención y del transporte para llegar al servicio.
 - *Accesibilidad organizativa:* obstáculos en la utilización de los servicios, es decir horarios de atención y tiempos de espera.
 - *Accesibilidad cultural:* distancia entre los prestadores y las mujeres con respecto a creencias sobre salud. En este caso, específicamente en aspectos acerca de la violencia doméstica.
(Frenk, 2003)

MICROSISTEMA

- **Apoyo de personas cercanas:** La consideración de que la mujer cuenta con el respaldo económico, emocional y físico de los familiares y/o amigos.

- *Seguridad económica:* la familia o amigos puedan darle dinero en momentos de crisis.
- *Seguridad emocional:* la percepción de que la familia o amigos apoyan la decisión de romper con la violencia vivida.
- *Seguridad física:* Que los amigos o familiares puedan brindarle algún espacio a donde acudir en caso necesario.

(Hartigan 1997 y Sagot et. al. 2000)

- **Experiencias previas de maltrato:** El hecho de que la mujer haya vivido otras relaciones de violencia, ya sea en su casa o con parejas anteriores.

NIVEL INDIVIDUAL

- **Características sociodemográficas:**

- *Edad:* tiempo que lleva existiendo una persona desde su nacimiento.
- *Estado civil:* situación conyugal de una persona de acuerdo a las leyes del país.
- *Escolaridad:* número de años que una persona ha cursado estudiando formalmente.
- *Ocupación actual:* empleo u oficio que realizan las personas.
- *¿Con quién vive actualmente?*
- *¿En qué etapa del ciclo vital se encuentra?*

- formación de la pareja (pareja sin hijos)
- Nacimiento de los hijos (hasta 1 año del nacimiento de los hijos)
- Hijos en edad escolar (2 años hasta 11 años)
- Hijos adolescentes (12 años hasta 17)
- Desprendimiento de los hijos (hijos mayores de 18 años)

- **Estrés Postraumático:** Es una respuesta sintomatológica que una persona desarrolla después de haber estado expuesta a un suceso altamente estresante, debido a que ha amenazado su integridad física o su vida. La violencia sexual y los ataques físicos son sucesos estresantes que el DSM-IV menciona como susceptibles de producir Trastorno por Estrés Postraumático (Medina-Mora, Borges Guimaraes, Lara, et. al. (2005) (Ver anexo 1).

Aunado ha esto, Walker (1989), Lewis Herman (1992) y Graham et al. (1994) han reportado que la vinculación que establece la mujer con el agresor que tiene una función de sobrevivencia caracterizada por una serie de distorsiones cognitivas y preceptuales.

- **Depresión:** Se trata de un trastorno afectivo caracterizado por una serie de manifestaciones que tienen como característica principal una alteración del humor.

Factores en la pareja

- *Frecuencia de la violencia:* Hace referencia a la periodicidad con la que son golpeadas.
- *Percepción de la gravedad:* Hace referencia al aumento en la escalada de la violencia o la aparición de nuevas formas de agresión.
- *Interferencia con las actividades cotidianas:* La forma en que la violencia recibida limita o dificulta la realización de las actividades habituales.
- *Violencia en contra de los hijos:* La violencia dirigida del padre o padrastro hacia los hijos.

(Mechanic 1968; Miranda et al.1998; Sagot et al. 2000)

Reconocimiento de la violencia

Cuando una mujer ha valorado su situación, y se da cuenta de la violencia en su relación. Este proceso no se da de manera lineal y en él intervienen los factores antes plateados.

(Sagot et al. 2000)

Ruta crítica

Hace referencia a la “lógica de decisiones con respecto a la **búsqueda de ayuda**, las acciones y reacciones de las mujeres afectadas, así como la de los factores que intervienen en ese proceso”. Se trata de un proceso no lineal, que se construye a partir de la decisión de buscar ayuda, las acciones realizadas en esta búsqueda, así como las respuestas encontradas.

(Sagot et al. 2000, pág. 113)

V.4 ESTUDIOS ACERCA DE LA BÚSQUEDA DE AYUDA: EL INICIO DE LA RUTA CRÍTICA

Un estudio realizado por Ellsberg, Winkvist y Stenlund (2001) en Nicaragua reportó que el 20% de las mujeres que sufren violencia doméstica buscaron ayuda, encontrando que la intensidad de la violencia es un factor precipitante para esta búsqueda.

Miranda y Tuñón (1998) encontraron en un estudio realizado en la comunidad de Chiapas que un factor que lleva a las mujeres que sufren violencia a pedir ayuda fue el hecho de que la violencia tornó más severa y las heridas les imposibilitaron realizar sus actividades cotidianas. En esta misma dirección se encuentra el estudio realizado por Saltijeral, Ramos y Caballero (1998) en un centro de atención a la violencia familiar, reportando que cuando la violencia se convierte en insoportable (refiriéndose a la magnitud) es el principal impulsor externo en esta búsqueda de ayuda.

Un estudio realizado por Sagot et al. (2000) en 16 comunidades de diez países encontró que el estar en peligro de muerte, la violencia contra los hijos, la información y el conocimiento sobre la violencia y el apoyo de personas cercanas como la familia o amigos son factores impulsores para que las mujeres que viven situaciones de violencia puedan pedir ayuda (Ver cuadro 10).

Cuadro 10. Factores impulsores en la búsqueda de ayuda

Autores	Población	Factores Impulsores
Sagot, Carcedo, y Guido (2000)	Mujeres de 16 comunidades de Belice, Bolivia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y Perú	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Convencimiento de que el agresor no va a cambiar ▪ Convencimiento de que los recursos personales se han agotado ▪ Enojo y desamor ▪ Estado de saturación con la situación ▪ Plantearse metas y proyectos propios ▪ La intensidad de la violencia ▪ La violencia contra hijos e hijas ▪ Apoyo de personas cercanas ▪ Condiciones económicas favorables ▪ Información precisa y servicios de calidad

Fernández et al. (2001) en un estudio que tuvo como objetivo evaluar las características de los pacientes que acudieron de septiembre de 1997 a diciembre de 1999 a un Programa de Atención a la Violencia, reportaron que el 67.8% las personas que sufren violencia tardan 6 meses en pedir ayuda, y de ellos, más de la mitad la solicita en promedio a los dos años.

Con respecto a la ruta seguida en el proceso de búsqueda de ayuda, este mismo estudio reportó que las acciones emprendidas por las mujeres no son lineales ni unidireccionales; sus experiencias hablan de avances y retrocesos en las trayectorias. El primer paso representa la búsqueda de ayuda informal, es decir romper el silencio con la familia, amigos o vecinos; posteriormente y no en todos los casos, se acude a centros de salud o delegaciones.

Cuadro 11. Rutas seguidas en el proceso de búsqueda de ayuda

Autores	Población	Ayuda informal	Ayuda formal
Population Reports. Ending Violence against the Woman. Compilado por el Centro de Salud y Equidad de Género.	Canadá (1993)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amigos 45% ▪ Familia 44% 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Policía 26%
	Reino Unido (1993)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amigos 46% ▪ Familia 31% 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Policía 22%
	Chile (1993)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Familia 32% ▪ Suegros 21% ▪ Amigos 14% 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Policía 16%
	Irlanda (1995)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amigos 50% ▪ Familia 37% 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Policía 20%
	Cambodia 1996)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amigos 33% ▪ Familia 22% 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Policía 1%
	Moldova (1997)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Familia 31% ▪ Amigos 30% 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Policía 6%
	Nicaragua (1998)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Familia 34% ▪ Amigos 28% 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Policía 17%
Alvarado et al. (1998)	Durango	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Padres/familiares 35% ▪ Amigas 14% ▪ Suegros 7% ▪ Hijos 7% 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Policía 14% ▪ Psicólogo 10% ▪ Médico 7% ▪ DIF 6.5%
Sagot, et al. (2000)	Comunidades de Belice, Bolivia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y Perú	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Madre ▪ Padre ▪ Hermanos ▪ Padrinos ▪ Familia política ▪ Amigos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centro de Salud ▪ Médicos privados ▪ Psicólogos ▪ ONG`s ▪ Juzgados ▪ Policía

En este marco, podemos concluir que existen una serie de circunstancias que pueden actuar como factores precipitantes en la búsqueda de ayuda, tales como la intensidad de la violencia y la violencia ejercida a hijos, sin embargo las rutas recorridas en esta búsqueda incluyen desde la ruta informal que implica el rompimiento del silencio y que usualmente es el primer paso en el camino, hasta la ayuda formal que ofrecen las instituciones de salud y de justicia. Las rutas seguidas por las mujeres no son lineales y, los resultados y experiencias vividas en este proceso marcarán el desaliento o ratificación de la decisión de romper y/o modificar relaciones violentas, de ahí su importancia.

VI. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Podría pensarse que la reacción de la mujer ante una relación donde prevalece la violencia sería hacer algo como pedir ayuda inmediata o plantear la disolución del vínculo, puesto que éste atenta contra su libertad e integridad física y emocional, sin embargo en muchos casos esto no ocurre así. La mujer continúa en la relación, suele ocultar lo que ocurre en ella, y fortalece el vínculo con su agresor, lo que mantiene el ciclo de violencia en donde ambos se ven envueltos, dificultando su reconocimiento, y en consecuencia, la búsqueda de ayuda. Según un estudio realizado en Latinoamérica (Ellsberg et al., 2000) las mujeres tardan en promedio 6 años en pedir atención formal. Por otra parte, según estudios realizados en América Latina, se estima que únicamente se denuncian un 20% de estos incidentes (Sagot, Carcedo y Guido, 2000); estas cifras coinciden con las reportadas en la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (2003) donde solamente el 18.6% de las mujeres que viven violencia buscaron ayuda. No obstante, la literatura señala que las mujeres no permanecen pasivas ante la violencia vivida, estableciendo estrategias de afrontamiento que les permiten sobrellevar la situación.

En México se han hecho pocos estudios al respecto; por lo que se hace necesario abordar por qué las mujeres tardan tanto tiempo en reconocer la violencia, qué las lleva a hacerlo y que tiempo de obstáculos se les presentan al pedir ayuda; así como si efectivamente estas acciones les posibilitan resolver su situación favorablemente.

Por lo anterior, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

- **¿Cuáles son los factores impulsores, inhibidores, y precipitantes que se asocian con la búsqueda de ayuda en mujeres que experimentan o experimentaron violencia doméstica, así como la ruta crítica que inicia con esta búsqueda?**

Objetivo General

Identificar los factores impulsores, inhibidores, y precipitantes asociados a la búsqueda de ayuda, así como la lógica de decisiones y acciones seguidas en esta búsqueda (ruta crítica).

Objetivos Específicos

- a) Identificar los factores que impulsan que las mujeres que experimentan o experimentaron violencia doméstica hayan pedido ayuda.
- b) Identificar los factores que impiden que las mujeres que experimentan o experimentaron violencia doméstica hayan pedido ayuda.
- c) Identificar los factores que precipitan que las mujeres que experimentan o experimentaron violencia doméstica hayan pedido ayuda.
- d) Identificar la experiencia subjetiva de las mujeres que buscaron ayuda con respecto a las decisiones tomadas y acciones emprendidas.
- e) Identificar la ruta crítica seguida por las mujeres en el proceso de búsqueda de ayuda.

Supuestos teóricos

- El apoyo de personas cercanas, contar con información con respecto a la violencia y el tener un trabajo remunerado son factores que impulsan a que las mujeres busquen ayuda.
- La naturalización de los papeles tradicionales de género, el haber vivido historias previas de violencia, y la presencia de sintomatología depresiva y estrés postraumático son factores que impiden que las mujeres busquen ayuda.
- La frecuencia de la violencia, la intensidad y su interferencia con actividades cotidianas son factores que precipitan el hecho de que las mujeres busquen ayuda.
- La falta de disponibilidad de servicios y las respuestas inadecuadas de prestatarios de salud son factores que desalientan a las mujeres a continuar la ruta crítica.

VII. MÉTODO

VII.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La salud mental pública ha ampliado su campo de conocimiento y acción, desde una posición biologicista que se limitaba a las enfermedades mentales incapacitantes, hasta incorporar alteraciones psicológicas, emocionales y conductuales derivadas de factores sociales y culturales, entre estos, la violencia en sus diversas formas. Desde este contexto, se han incorporado nuevos métodos que pretenden explicar detenidamente los fenómenos, centrándose en el cómo y el por qué. De esta forma, la indagación cualitativa va más allá de los números, se refiere en su más amplio sentido a la investigación que produce una descripción detallada de los procesos, otorgando el papel principal a la voz de los informantes.

De acuerdo con Mayan (2001) este tipo de indagación, es particularmente útil cuando se desea describir un fenómeno acerca del cuál se sabe poco, capturar significados y describir procesos, no productos.

Dado que la búsqueda de ayuda en mujeres que viven violencia es un tema poco explorado se consideró que la técnica idónea para abordarlo es la metodología cualitativa, puesto que el uso de un cuestionario cerrado implicaría el cierre anticipado del campo de observación. Por otra parte, este tipo de investigación permitirá conocer los significados que las mujeres otorgan a los procesos que viven.

Al respecto, Rosen, Stith, Few et al. (2005) retoman a Eisikovits y Peled (1990) diciendo que “La investigación cualitativa hace posible un estudio de las dinámicas complejas de las relaciones. Este diseño es ideal para la experiencia subjetiva de la violencia, la complejidad de las relaciones violentas, y la realidad multifacética de los informantes” (pág. 323).

Retomando a Denzin y Lincon (2000), y Mayan (2001), la Teoría fundamentada, desarrollada por Glaser y Strauss, es uno de los principales métodos empleados en la indagación cualitativa. Esta aproximación es utilizada para estudiar un proceso o una experiencia a través del tiempo en sus etapas o fases, como es el caso de las experiencias de mujeres víctimas de violencia con respecto al proceso de búsqueda de ayuda.

Bajo esta perspectiva, se decidió utilizar como estrategia de recolección de datos, entrevistas en profundidad, que de acuerdo con Mayan (2001) generan la oportunidad para comprender los puntos de vista de los participantes en la investigación acerca de sus mundos tal como son descritos en sus propias palabras. De esta manera se pretende reconstruir la ruta crítica que las mujeres han recorrido a causa de la violencia, así como identificar los factores que la impulsaron y los obstáculos encontrados durante este proceso.

VII.2 DEFINICIÓN DEL UNIVERSO DE ESTUDIO

Para esta investigación, inicialmente se contempló tomar como universo a mujeres que asisten a un Centro de Salud. Sin embargo, se presupone que no en todos los casos han llegado ahí reconociendo el problema de la violencia, sino a causa de la sintomatología sufrida. Por lo que, considerando que el objetivo del estudio es conocer los factores que la impulsaron a buscar ayuda, así como los obstáculos encontrados durante su ruta crítica, se decidió tomar como universo de estudio a mujeres que asisten a la Unidad de Atención y Prevención de la Violencia Familiar (UAPVIF)-Tlalpan, ya que han llegado ahí buscando ayuda a causa del reconocimiento del problema de la violencia de pareja.

A partir de la creación de la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar se constituyeron las Unidades de Atención y Prevención a la Violencia Intrafamiliar (UAPVIF) en las dieciséis delegaciones de la ciudad, que de manera gratuita brindan atención psicológica y jurídica a los receptores de la violencia familiar, así como a los agresores o familiares involucrados. Durante el 2004, dichas unidades atendieron a 9912 mujeres a causa de la violencia intrafamiliar, y en 8089 casos el perpetrador fue el cónyuge, concubino, novio, ex cónyuge, ex concubino y ex novio. La UAPVIF-Tlalpan atendió a 913 mujeres a causa de la violencia intrafamiliar.

En la fecha en que se realizó la tesis, la UAPVIF-Tlalpan comparte instalaciones con el Instituto de las Mujeres. Dicha Unidad se encuentra situada en la planta baja del edificio, y consta de ocho cubículos y un pasillo en donde hay sillas y revistas donde las personas esperan su cita. En las paredes de la Institución se encuentran carteles con información acerca de la violencia, las direcciones de las distintas UAPVIF y reconocimientos de dicha Institución.

Al llegar a la Unidad, las personas que solicitan ayuda, en su mayoría mujeres recorren la siguiente trayectoria: A la entrada se encuentra un oficial quien les pregunta cuál es el motivo por el que llegan, orientándolas a dirigirse a la UAPVIF (planta baja) o Inmujeres (1º piso) una vez que se anotan en el libro de registro. Posteriormente se dirigen a la secretaria, quien detecta si se trata o no de una situación de violencia; en caso de serlo, pasan a trabajo social en donde se les orienta sobre las alternativas frente a una situación de violencia familiar: ofreciéndoles asesoría jurídica y/o psicológica, o en caso de ser necesario se les canaliza a otra institución. En el Área Jurídica se les levanta una constancia administrativa de aquellos actos que se consideren violencia familiar, se les da fecha para su audiencia en la cual se les ofrecen dos alternativas: a) Conciliación: donde se busca que las partes involucradas resuelvan los puntos del conflicto de violencia familiar, concluyendo con la firma de un convenio; o b) Amigable composición: que consiste en que las partes nombren a un Árbitro, quien emitirá una resolución en la que se determine quién genera la violencia familiar, aplicando una sanción. En el Área Psicológica se les manda al grupo de 1ª vez en donde se les da información acerca de la violencia, se les da una cita para una entrevista individual (una o dos sesiones) y posteriormente se les deriva al grupo terapéutico que consta de 20 sesiones (Ver Anexo 2).

VII.3 TIPO DE MUESTREO

De acuerdo con Bex Lempert (1994), los relatos producto de las entrevistas son usados por las mujeres maltratadas como herramientas lingüísticas que sirven para ordenar sus experiencias y reflexionar de manera retrospectiva acerca de sus relaciones, lo cual presenta un reto metodológico y ético que es fundamental tomar en cuenta desde el diseño de la propia investigación: el hecho de que las mujeres tengan contención para enfrentar las situaciones dolorosas que rememoran durante la entrevista. Considerando lo anterior se decidió utilizar un muestreo intencional, conformado por las mujeres que asisten a Asesoría Psicológica, en el grupo de primera vez de dicho centro, respetando los siguientes criterios de inclusión:

- Tener 18 años o más.
- Que hayan vivido o se encuentren viviendo con su pareja.
- Que hayan acudido a esta UAPVIF para buscar asesoría debido a una situación de violencia por parte de su pareja.
- Que deseen participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.

Mientras que el objetivo del muestreo cuantitativo es generalizar los hallazgos a la población desde la cual, la muestra es obtenida, el objetivo de investigación la investigación cualitativa es “aprehender” los significados que los sujetos atribuyen a los procesos vividos, por lo tanto, el número de situaciones analizadas es pequeño aunque el número de factores implicados es amplio. Es así como el número de informantes fue definido de acuerdo al criterio de saturación de datos mediante el cuál se obtienen muestras cualitativamente significativas, es decir que se deja de entrevistar cuando ningún dato nuevo o relevante emerge.

VII.4 ESTRATEGIA DE RECLUTAMIENTO DE INFORMANTES

La estrategia que se siguió para ponerse en contacto con las mujeres entrevistadas fue a través de una convocatoria realizada al grupo de primera vez en donde se les explicaba brevemente en qué consistía el estudio y se les hacía una invitación para hacer una entrevista; en caso de que aceptaran, se concertaba una cita dentro de la unidad de acuerdo al tiempo que ellas tuvieran disponible. Aunado a esta estrategia, con la finalidad de captar más informantes, se pegaron 5 convocatorias en dentro de la UAPVIF con una explicación del estudio y con mis datos, sin embargo cabe señalar que aunque tomaron los datos (aproximadamente 50 papelitos), ninguna mujer llamó.

Una vez concertada la entrevista, el día de su realización nuevamente se describía ampliamente el estudio, los objetivos y su justificación, así como la autorización para audio-grabar la entrevista, garantizando su confidencialidad para lo cuál se pidió a cada entrevistada que eligiera un pseudónimo, además se le explicó que en cualquier momento podría decidir no contestar alguna pregunta o abandonar la entrevista si así lo deseaba.

El trabajo de campo inicio el mes de marzo del 2006, y durante su realización se ha hecho la convocatoria a 108 mujeres, de las cuales 22 mujeres aceptaron participar en el estudio concertando cita para una entrevista, sin embargo únicamente 7 mujeres llegaron a las citas establecidas.

Se realizaron una o dos entrevistas a cada informante, teniendo una duración promedio de 3 horas en total. El lugar donde se llevaron a cabo fue en cubículos de la misma Unidad lo que permitió privacidad en su realización.

VII.5 INSTRUMENTO

Una vez contactadas las citas, se realizaron entrevistas a profundidad con base en una guía temática que fue diseñada a partir de los temas más frecuentemente mencionados en la literatura con respecto a la violencia doméstica y búsqueda de ayuda (Buenaventura 1990; Burin 1998; Corsi 1998; Lewis Herman 1992; Graham et. al.1994; Saldivar, Ramos y Saltijeral 2004; Vázquez Barquero et al. 1993; Walker et. al 1989) **(Ver Cuadro 9: Esquema conceptual, en capítulo 6)**

Para la conformación final de la guía de entrevista se contempló la aplicación de una prueba piloto (Ver Anexo 4) que permitió elaborar la lista general de los temas por cubrir con cada informante. La versión final de la guía de entrevista explora las siguientes dimensiones (Ver Anexo 5):

- Características sociodemográficas de la informante
- Consecuencias en la Salud Mental
 - Estrés Postraumático. Evaluado mediante Mini internacional Neuropsychiatric Interview) Versión en Español 5.0.0 DSM-IV
 - Depresión. Evaluadas. Evaluado mediante Mini internacional Neuropsychiatric Interview) Versión en Español 5.0.0 DSM-IV
- Caracterización de la violencia
 - Aceptación de la violencia como medio de solución de conflictos
 - Naturalización de los papeles tradicionales de género
 - Experiencias previas de maltrato
 - Frecuencia de la violencia
 - Percepción de la gravedad de la violencia
 - Interferencia con las actividades cotidianas
 - Violencia en contra de los hijos
 - Información sobre violencia y lugares a dónde acudir
 - Apoyo de personas cercanas
- Decisión de buscar ayuda formal
 - Reconocimiento de la violencia como un problema
- Acciones realizadas en esta búsqueda
- Consideración sobre la accesibilidad a los servicios

VII.6 PLAN DE ANÁLISIS

Retomando la propuesta de la teoría fundamentada, se pretende retomar el ordenamiento conceptual del Método Comparativo Constante de Glaser y Strauss (1967) y lo propuesto por Ellsberg y Heise (2005) para lo cual se tomaron en cuenta las siguientes etapas:

1. Se realizó una viñeta descriptiva de cada una de las mujeres entrevistadas.
2. Se realizó una transcripción textual de las entrevistas.
3. Se realizó una inmersión en los datos, es decir que se leyó y releyó cada transcripción hasta familiarizarse con el contexto, logrando identificar “temas emergentes”, relaciones entre temas o categorías, y respuestas inusuales o contradictorias.
4. Se codificó el texto, es decir se asignaron *etiquetas o códigos a los segmentos de la transcripción* que se asociaban con diferentes aspectos. De esta manera se separó la información de las entrevistas.
5. Se realizó un fichado de los temas recurrentes. Para lo cual se seleccionaron las categorías que aparecieron con mayor frecuencia y posteriormente se transcribieron todos los párrafos que previamente habían sido categorizados con dicho nombre.
6. Posteriormente se compararon las categorías buscando elementos comunes y no comunes. Dentro de éstas, se encontraron atributos diferentes como causas, consecuencias y tipos de violencia lo que nos permitió la creación de subcategorías.
7. Se realizaron redes que permitieron establecer las relaciones entre los datos representándose la ruta crítica de cada mujer.
8. Finalmente, se integraron las distintas categorías de acuerdo a los ejes más abarcativos (codificación axial) analizando las diferencias y semejanzas de las diferentes entrevistas. Estos ejes correspondieron a los objetivos del estudio: factores inhibidores, factores impulsores, factores precipitadores y ruta crítica.

El proceso anteriormente descrito se realizó con una revisora con experiencia en estudios cualitativos y experta en violencia, buscando realizar una triangulación metodológica de la interpretación de los datos.

En el método de comparaciones constantes, los pasos ocurren de manera simultánea; al tiempo que se codifica, se realizan conclusiones preliminares. “Se trata de un constante interjuego de actividades, es un proceso iterativo que inicia en el campo y continúa en un escritorio a la vez que los datos se recogen” (Ellsberg et al. 2005, pág. 203).

VIII. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El tema de la violencia doméstica es un tema delicado, puesto que hace referencia a cuestiones que se consideran del ámbito privado, las relaciones entre la pareja; por lo que fue necesario tomar en cuenta que la investigación sobre un tema tan delicado como este, presenta retos metodológicos y éticos que deben ser tomados en cuenta.

No se debe perder de vista que la prioridad de toda investigación es proteger la seguridad de los participantes, generando un ambiente de confianza y sensibilidad que no represente juicios críticos ya que las tasas de abuso informado son muy sensibles a una insinuación de un juicio crítico por parte de los entrevistadores fomentando una revictimización. En este sentido es indispensable entender que el trato respetuoso y confidencial involucra más allá de la correcta aplicación del instrumento de recolección, puesto atañe la integridad de la mujer entrevistada. “La investigación puede justificarse éticamente sólo si se realiza de manera tal que respete y proteja a los sujetos de esta investigación”.

Con el fin de guiar la investigación, la Organización Mundial de la Salud (1999) ha elaborado una serie de recomendaciones en lo referente a la conducción ética de la investigación sobre violencia doméstica. Entre estas recomendaciones se tomaron en cuenta para este estudio las siguientes:

En toda investigación realizada en seres humanos, es necesario obtener el consentimiento informado voluntario que va más allá de la obtención de su firma, es fundamental que se le de a la informante una explicación clara y completa del estudio.

Se realizó la invitación a participar en la investigación explicando claramente el propósito del estudio y en qué consiste su participación, la informante pudo decidir libremente si deseaba participar o no. De aceptar participar tuvo que firmar un consentimiento informado y se le explicó que podía interrumpir o abandonar la entrevista en el momento que lo deseara, sin que esto condicionara sus consultas o servicios. El consentimiento informado se extendió por duplicado, quedando un ejemplar en poder de la informante. (Ver Anexo 3)

Se explicó a las mujeres que se trataba de una o dos entrevistas, para lo cuál se pidió su autorización para audio-grabarlas, lo que permitió su transcripción y análisis, posteriormente el casete será borrado. Se hizo especial énfasis en que la información que ellas proporcionaron es totalmente personal por lo que se manejaría con estricta confidencialidad, para lo cuál se pidió que eligieran un seudónimo.

Otro de lo retos éticos que se contempló en este estudio fue el hecho de que a partir de las entrevistas las mujeres rememorarían aspectos dolorosos a lo largo de su vida, ante esto, sería necesario buscar contención necesaria para ellas. Lo anterior tuvo que ser contemplado desde método, motivo por el cual se eligió como universo de estudio a mujeres que asisten al área de psicología de la UAPVIF-Tlalpan, particularmente al grupo de primera vez puesto que estaban iniciando un proceso terapéutico.

IX. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados del análisis de las siete mujeres entrevistadas. En el primer apartado se presentan sus características sociodemográficas, en el segundo apartado se presentan sus viñetas descriptivas, así como el esquema que ilustra su ruta crítica, y en el tercer apartado se presenta el ordenamiento conceptual de las entrevistas analizadas que ha sido dividido de acuerdo a los objetivos del proyecto en factores inhibidores, factores impulsores, factores precipitantes y ruta crítica.

IX.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MUJERES

Cuadro 13: Características sociodemográficas

Nombre*	Edad	Estado civil	Situación actual	Escolaridad	Ocupación actual	Ciclo vital	Tipo de familia
Rocío	55	casada	Separada (2 años)	primaria	Comerciante no establecida	desprendimiento de los hijos	Nuclear
Claudia	47	casada	unida (28 años)	primaria	hogar	desprendimiento de los hijos	Extensa
Rosa	46	unión libre	Separada (2 meses)	primaria	hogar	hijos adolescentes y desprendimiento de los hijos	Nuclear
Ana	50	unión libre	separada (1 año)	preparatoria	empleada de intendencia	desprendimiento de los hijos	Nuclear
Cassandra	21	unión libre	unida (5 años)	secundaria	hogar	nacimiento de los hijos	Nuclear
Norma	28	casada	unida (15 años)	carrera comercial	secretaria	hijos en edad escolar e hijos adolescentes	Extensa
Nataly	35	unión libre	Unida (13 años)	secundaria	hogar	nacimiento de los hijos e hijos adolescentes	Nuclear

* Los nombres son los seudónimos

Como puede observarse en el cuadro anterior, las edades de las mujeres entrevistadas fluctúan entre 21 y 55 años; en cuanto al estado civil, cuatro refieren vivir en unión libre y tres estar casadas, únicamente tres de ellas refirieron estar separadas al momento de la entrevista. El nivel de educación formal es, en general, bajo. Tres de ellas comentan haber concluido la primaria, dos la secundaria, una la preparatoria y una realizó una carrera comercial.

La mayoría no trabaja de manera remunerada, son amas de casa aunque una de ellas genera ingresos con actividades que realizan como comerciante informal y solamente dos de ellas refieren tener un empleo estable pero en ambos casos, las ocupaciones son tradicionalmente femeninas y devaluadas socialmente (secretaria y empleada de intendencia). La mayoría de ellas tiene hijos mayores de 18 años (desprendimiento de los hijos) y/o hijos adolescentes (mayores de 12 años), y únicamente dos de ellas tienen hijos menores de 1 año (nacimiento de los hijos).

En el siguiente cuadro se muestran los tipos de violencia, los motivos que ellas asocian con la misma violencia, así como el tiempo que la vivieron.

Cuadro 14. Tipos de violencia.

Informante	Inicio de la violencia	Tiempo que vivió violencia	Motivos de la violencia	Tipo de violencia
1. Rocío	Al inicio del matrimonio	28 años *	Celos y falta de dinero en el hogar	Violencia psicológica y física
2. Claudia	1 año de casados	27 años *	Celos y consumo de alcohol	Violencia psicológica y física
3. Rosa	Cuando empezaron a vivir juntos	25 años *	Celos y falta de dinero	Violencia física, psicológica y sexual
4. Ana	Cuando empezaron a vivir juntos	28 años *	Celos, falta de dinero, consumo de alcohol y drogas, que su esposo no quiere que ella trabaje	Violencia psicológica, física y sexual
5. Casandra	Desde el noviazgo	5 años *	Celos	Violencia psicológica y física
6. Norma	Al inicio del matrimonio	15 años	Su esposo no quiere que trabaje, no cumple con las labores del hogar	Violencia psicológica
7. Nataly	Al año de vivir en unión libre	12 años*	Celos	Violencia física, psicológica y sexual

* Historia de violencia en la infancia

Como puede observarse en cuanto a los tipos de violencia que viven, tres de ellas sufren los tres tipos, es decir violencia física (empujones, bofetadas, puñetazos, patadas, torceduras, intentos de asfixia y quemaduras), violencia psicológica (insultos, críticas permanentes,

desvalorización, amenazas, intimidación física, así como control del dinero) y violencia sexual (imposición por parte de la pareja de actos de orden sexual por medio de la fuerza); tres de las entrevistadas sufren dos tipos de violencia (violencia psicológica y física), y una de ellas sufre un tipo de violencia (violencia psicológica); y en todos los casos existe violencia patrimonial puesto que sus parejas las controlan con el dinero que aportan.

Los relatos de las mujeres entrevistadas muestran grandes similitudes en lo que respecta a las experiencias de violencia que han vivido. Comúnmente hablaron de largas historias de violencia que, ha excepción de una de ellas, iniciaron en la infancia. En todos los casos, los episodios empezaron de manera temprana, al inicio del matrimonio o durante el primer año de vivir juntos,

En cuanto a la búsqueda de ayuda formal, contrariamente a lo encontrado en la literatura de investigación, las rutas encontradas en las mujeres entrevistadas suelen ser cortas en cuanto a los lugares a donde han buscado ayuda (de uno a cuatro), mientras que el tiempo que transcurre para que esto suceda suele ser después de muchos años de maltrato en el caso de las mujeres entrevistadas osciló entre 12 y 27 años, excepto una de ellas que pidió ayuda formal cinco años después de iniciada la violencia. No obstante, esto no garantiza que la violencia se detenga, puesto que a pesar de haber pedido ayuda formal, o incluso haberse separado de su agresor, como es el caso de tres entrevistadas, la violencia no se ha detenido ya que siguen teniendo contacto con ellos por motivos económicos o porque ven a sus hijos, por lo que las amenazas y malos tratos continúan.

A continuación se presentan las viñetas de las mujeres entrevistadas, así como el esquema que ilustra la ruta crítica de cada informante en donde se integran los factores inhibidores, los factores impulsores y los factores precipitantes que intervinieron en la culminación de la búsqueda de ayuda formal actual de las informantes. Esquemas que posteriormente serán explicados en el tercer apartado que corresponde al ordenamiento conceptual.

Cabe señalar que la ruta crítica no es un proceso lineal por lo que los factores que obstaculizaron e incidieron en la búsqueda de ayuda formal e informal de las informantes se encuentran entrelazados en el proceso, ratificando u obstaculizando su decisión de pedir ayuda. Sin embargo, para fines explicativos se presentan por separado, lo cual nos facilita su comprensión.

IX.2 VIÑETAS DESCRIPTIVAS

Informante 1: Rocío

Rocío, seudónimo que eligió la primer informante, es una mujer de 55 años; estudió la primaria y se dedica a vender ropa entre sus conocidas. Tiene 5 hijos, todos mayores de edad y en su casa viven su esposo, un hijo y ella.

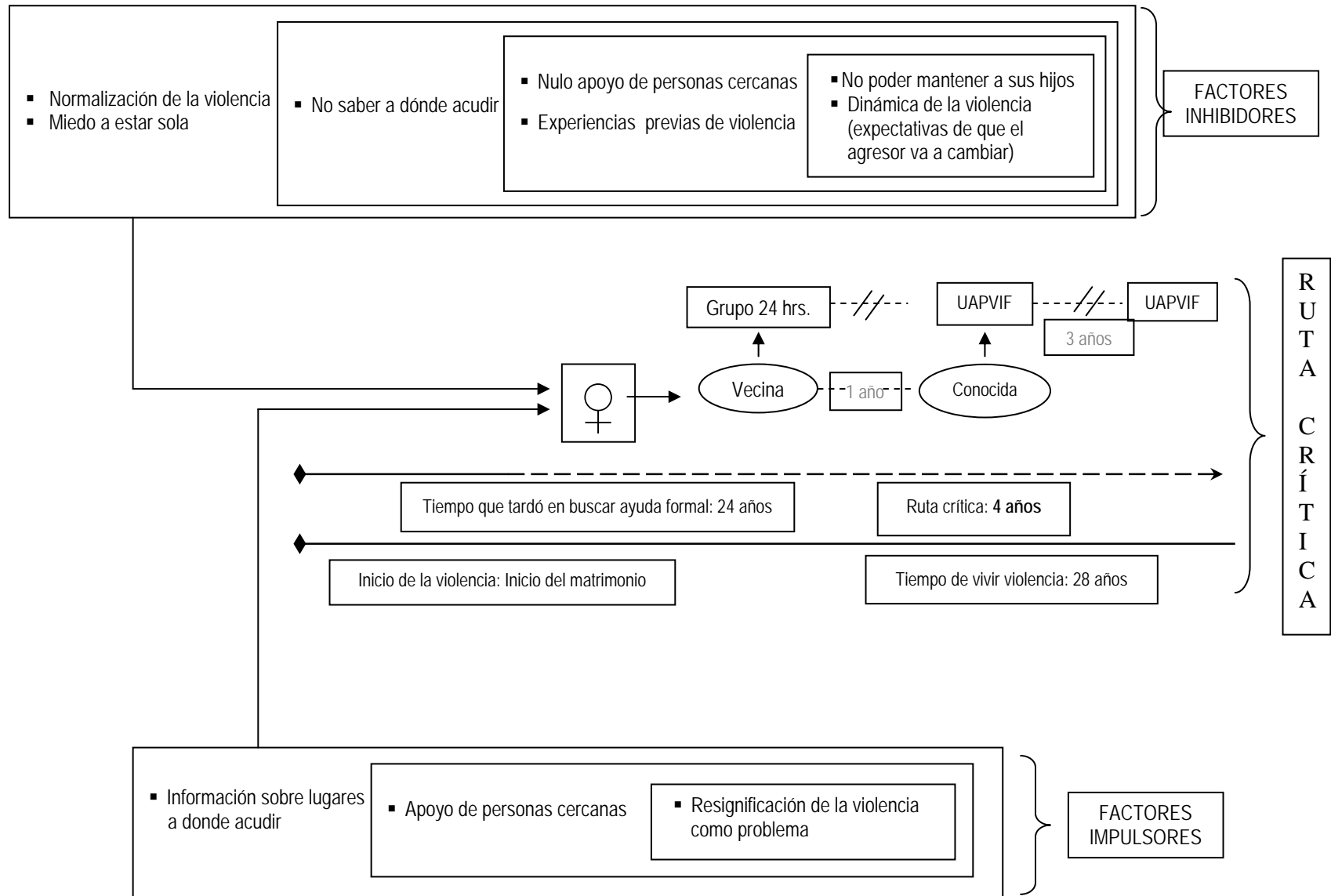
La entrevistada acudió a la UAPVIF-Tlalpan a causa de la “agresividad” que vivía con su esposo (humillaciones, reclamos, indiferencia, insultos; torceduras, golpes e intentos de asfixia). Ante esto, se sentía triste y en palabras de la informante refiere sentirse “desubicada mentalmente y sentir neurosis”. Los principales motivos por los que se suscitaba la violencia eran los celos por parte de su esposo. Rocío refiere que esta situación inició desde el momento en que empezaron a vivir juntos; sin embargo, con el tiempo la violencia ha ido en escalada, ante lo cual, comenta no encontrar la salida y responder también de forma violenta, “su agresividad me hizo rebelde”.

Con respecto a su familia, Rocío comenta no contar con su apoyo ya que viven en Puebla y no saben acerca de la situación que vive con su esposo. La historia de violencia de Rocío inició en la infancia, donde vivió violencia física y psicológica por parte de su madrastra; así mismo sufrió una violación por parte de un vecino a la edad de 12 años.

Rocío inició su ruta crítica cuatro años atrás cuando tras una “pelea” con su esposo comenta con su vecina su problemática. (Ver cuadro A). El tiempo transcurrido entre el primer episodio de violencia y el haber pedido ayuda **formal** fue de 24 años. A partir de este momento la decisión de separarse se ve fortalecida, por lo que acude al Grupo 24 horas en primera instancia en donde refiere que el principal problema presentado es la violación que sufrió en la adolescencia, no obstante ahí nombra a la problemática que vive con su esposo como *violencia* y acude a la UAPVIF-Tlalpan siendo referida por una conocida del Grupo de 24 horas.

Actualmente se encuentra acudiendo a dicha institución, donde dice encontrarse separada de su esposo desde hace 2 años, sin embargo debido a su situación económica no es estable, sigue viviendo en la misma casa con él, aunque en habitaciones diferentes y la violencia continúa.

Cuadro A. Ruta Crítica de Rocío



Informante 2: Claudia

Claudia, es una mujer de 55 años, tiene 3 hijos de 28, 26 y 21 años. Estudió la primaria y se dedica a las labores del hogar, y ocasionalmente vende fruta cerca de su casa. Actualmente vive con su esposo y su hija menor, aunque en el mismo terreno vive su hijo mayor con su esposa.

La entrevistada comenta haber pedido ayuda en la UAPVIF-Tlalpan por la “agresividad” de su esposo, quien continuamente la insultaba y le pegaba. El motivo principal por que se suscitaba la violencia eran celos por parte de él, quien en reiteradas ocasiones la acusaba de engañarlo. Esta situación inició al año de casados, sin embargo con el tiempo ha aumentado, hasta insultarla delante de extraños. Después del episodio de violencia, él le pide perdón prometiéndole que va a cambiar. Ante esto, refiere sentirse “como en un callejón sin salida” y sentir que se le cerraban las puertas.

Recuerda que en una ocasión fue a la Procuraduría a arreglar en error en su acta de nacimiento, y ahí se dio cuenta que había mujeres con problemas como el suyo “así, que iban golpeadas y ahí fue donde abrí los ojos y me di cuenta que había un problema”.

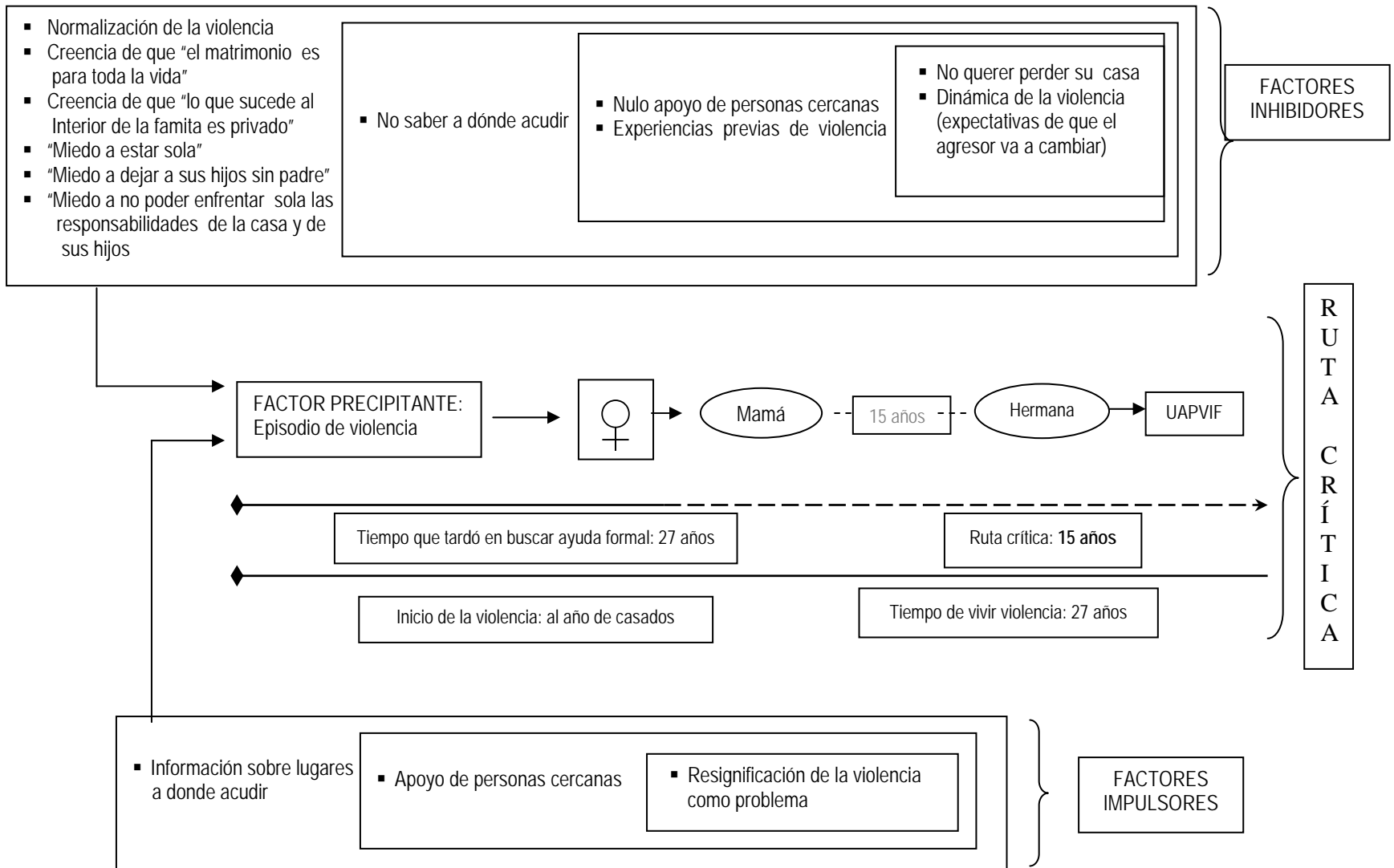
La historia de violencia de Claudia inició en la infancia, su papá tomaba y le pegaba a su mamá, por lo que ella y sus hermanos tenían que esconderse en casa de una vecina para que no les pegara.

Claudia inició su ruta crítica 15 años atrás cuando le dijo a su mamá la situación que vivía con su esposo. Su mamá le ofreció que se quedara en su casa, ella aceptó, pero 15 días después decidió regresar con su esposo, continuando la violencia.

El tiempo transcurrido entre el primer episodio de violencia y el haber pedido ayuda **formal** fue de 27 años (ver cuadro B), tras un episodio de violencia en una fiesta donde su esposo la insultó e intentó pegarle delante de todos, teniendo que intervenir su familia. Ante esto, decide irse de su casa y su hermana le aconseja acudir a la UAPVIF, donde levanta un acta, sin embargo días después regresa a su casa.

Actualmente se encuentra acudiendo a dicha institución a asesoría psicológica y comenta que la violencia se ha detenido.

Cuadro B: Ruta crítica de Claudia



Informante 3: Rosa

Rosa, seudónimo que eligió la tercera informante, es una mujer de 42 años; estudio la primaria y se dedica al hogar. Tiene seis hijos, de 13, 17, 18, 21, 24 y 25, y actualmente vive con cinco de ellos.

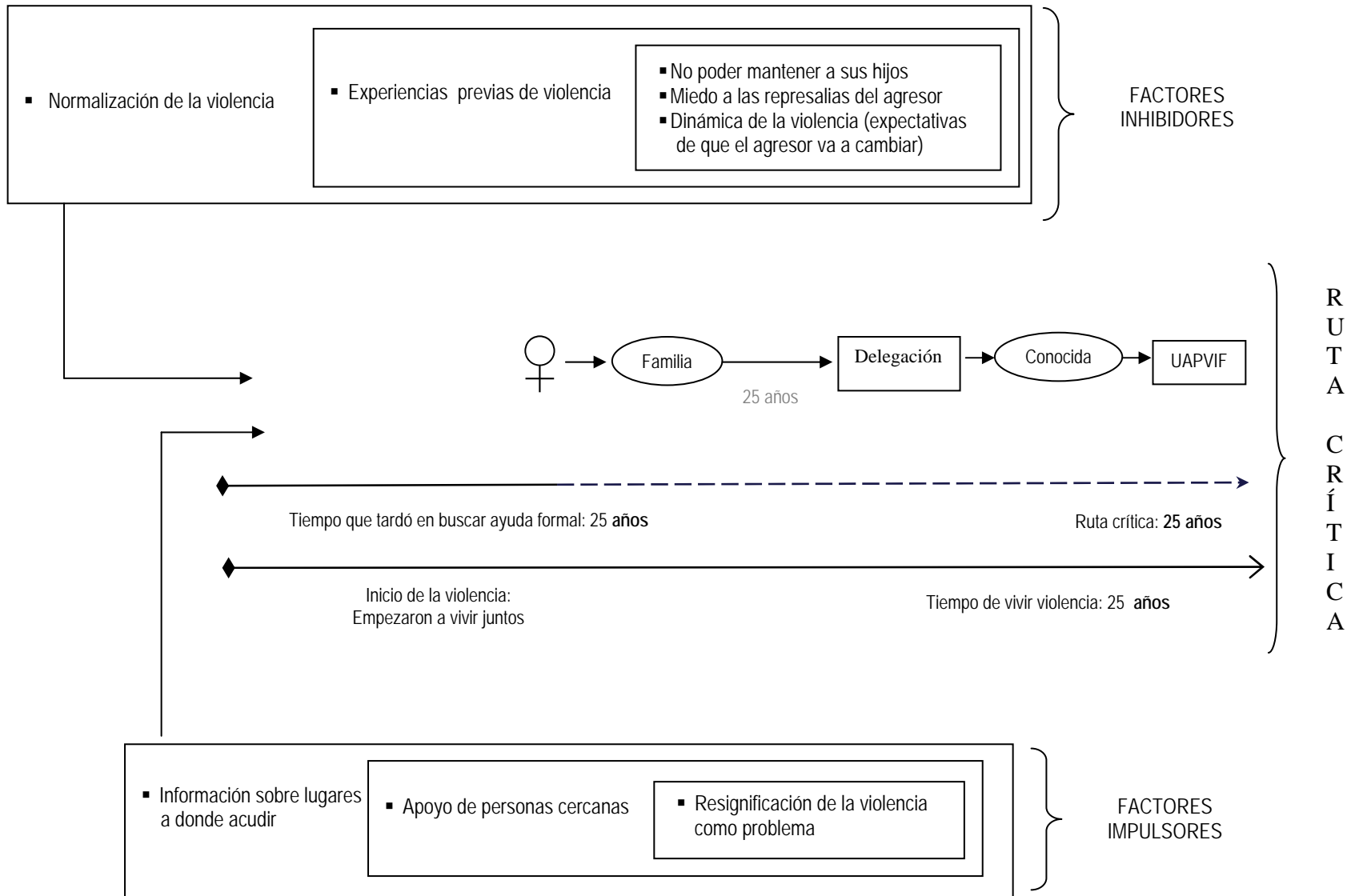
La entrevistada acudió a la UAPVIF a causa de los “problemas” que tenía con su esposo, quien constantemente (dos o tres veces por semana, en palabras de la entrevistada) la corría de su casa, la golpeaba y obligaba a tener relaciones sexuales sin su consentimiento, situación que inició desde el momento en que empezaron a vivir juntos. Los principales motivos por los que la violencia se suscitaba eran celos por parte de su pareja, quien la acusaba de estar con otros hombres.

Rosa refiere tenerle miedo a su pareja ya que este es violento no sólo con ella o con sus hijos, sino ser respetado en su barrio porque es muy “peleonero” y relata que estuvo en el reclusorio acusado de raptar y violar a dos niños.

La entrevistada inició su ruta crítica 25 años atrás comentando con su familia lo ocurrido, quienes la han aconsejado dejarlo. En distintas ocasiones se ha separado de su pareja, sin embargo refiere no poder mantener a sus hijos sola, y haber regresado con él tras promesas de cambio. Actualmente, Rosa se encuentra separada de su agresor, ya que éste se fue con otra mujer, sin embargo la violencia no se ha detenido puesto que ella y sus hijos siguen dependiendo económicamente de él.

El tiempo transcurrido entre el primer episodio de violencia y el haber pedido ayuda **formal** fue de 25 años (Ver cuadro C) acudiendo en primera instancia a una delegación donde le dijeron que no podían hacer nada ya que no estaban casados y que iban a encerrar a ambos para ver si así se “aplacaban”. Posteriormente comentó con una conocida lo ocurrido y ella le aconsejó acudir a la UAPVIF donde actualmente recibe asesoría jurídica y psicológica.

Cuadro C. Ruta Crítica de Rosa



Informante 4: Ana

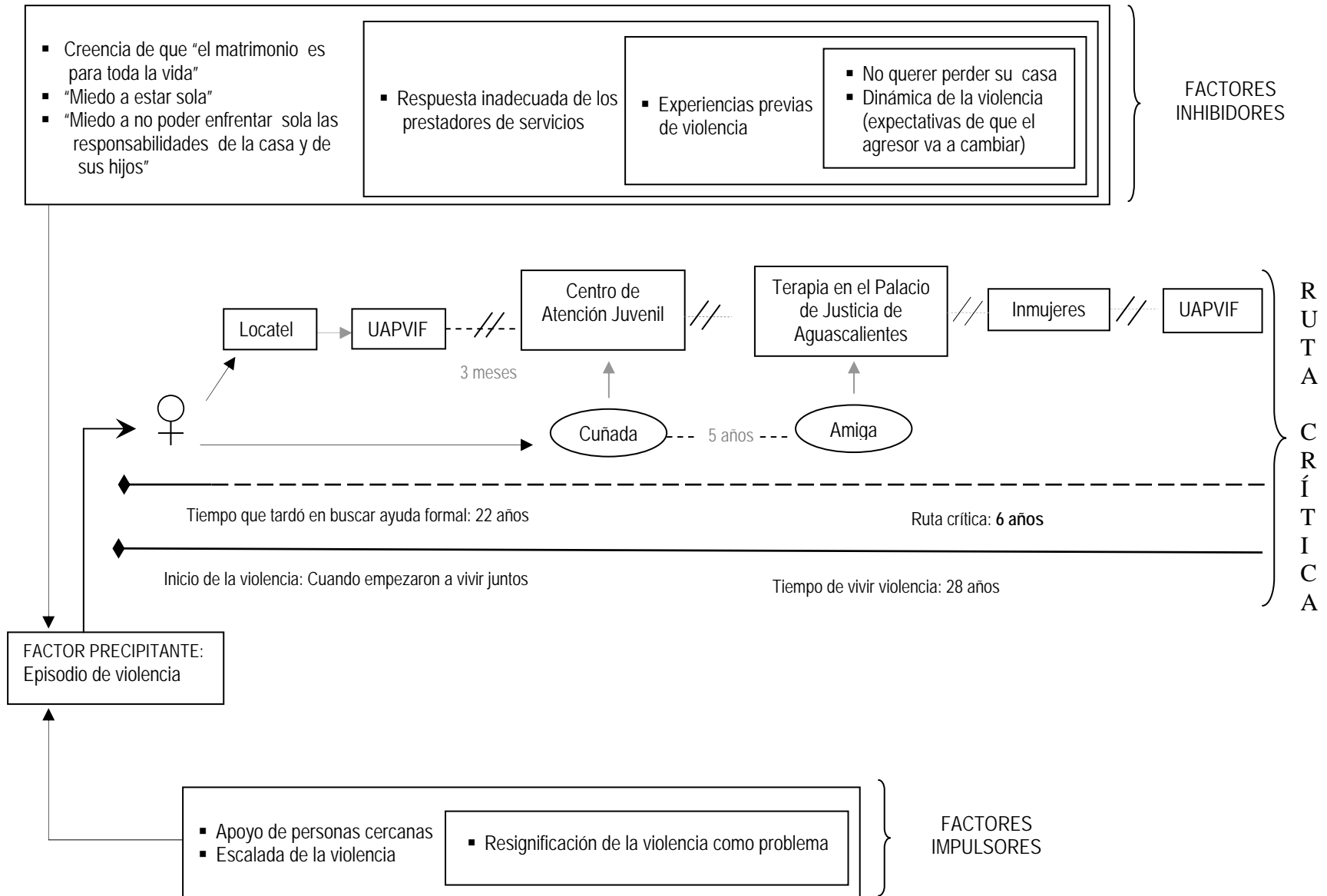
Ana, es una mujer de 50 años, tiene 3 hijos de 28, 23 y 17 años. Estudió la preparatoria y es empleada de intendencia en una acuática. Actualmente se encuentra separada desde hace un año de su esposo y vive con sus tres hijos.

La entrevistada pidió ayuda en la UAPVIF-Tlalpan a causa de la violencia psicológica (humillaciones, insultos, desvalorizaciones), física (torceduras, cachetadas, golpes y amenazas con cuchillos) y sexual que vivía por parte de su esposo. Ésta situación inició cuando empezaron a vivir juntos, y con el tiempo ha ido en escalada “ya se la estaba agarrando de cada rato cachetearme”. Los principales motivos por los que se suscitaba la violencia eran celos, falta de dinero, y el hecho de que ella trabajara, y sucedían siempre cuando su esposo tomaba o consumía drogas. Ante esto, refiere sentir dolor de cabeza y tristeza y comenta “así como que, como que no lo pensaba mucho, no no me ponía a pensar” refiriéndose a la violencia que vivía.

La historia de Ana comenzó en la infancia, su mamá tomaba mucho, por lo que su hermana mayor se hizo cargo de ella y sus hermanos.

Ana inició su ruta crítica seis años atrás cuando habla con su familia de la violencia que vive con su esposo. Ante esto, recibió el apoyo de su familia y se separó, pero posteriormente regresó con él. El tiempo transcurrido entre el primer episodio de violencia y el haber pedido ayuda **formal** fue de 22 años. (Ver cuadro D). Tras un episodio de violencia, habla al Locatel y la canalizan a la UAPVIF, a donde acude pero comenta no sentirse escuchada por la psicóloga que estaba en ese momento, por lo que deja de acudir. La violencia continua y tres meses después por consejo de su cuñada acude a un Centro de Atención Juvenil buscando ayuda para su esposo puesto que se da cuenta que su esposo tiene un problema de adicciones, sin embargo refiere que las “pláticas” que ahí le daban le ayudaban también, pero deja de asistir por no tener permiso en su trabajo de acudir a las terapias. Tras un episodio violento cinco años después decide irse de su casa y pide un cambio en su trabajo ya que teme por su vida; es trasladada a Aguascalientes. Ahí comenta con una amiga su situación y le aconseja ir a Palacio de Justicia en busca de terapia y un mes más tarde, regresa al DF donde acude a Inmujeres, lugar que ya conocía puesto que comparte instalaciones con la UAPVIF a la que acudió anteriormente pero refiere no sentirse escuchada por la psicóloga, posteriormente acude a la UAPVIF nuevamente. Actualmente se encuentra asistiendo a dicha institución, donde comenta encontrarse separada de su esposo desde hace 1 año, sin embargo refiere que en ocasiones quisiera regresar con él.

Cuadro D: Ruta Crítica de Ana



Informante 5: Casandra

Casandra, es una mujer de 21 años; estudió la secundaria y se dedica al hogar, ocasionalmente vende fruta fuera de su casa. Vive en unión libre desde hace 5 años y tiene dos hijos de 2 años y 1 mes.

La entrevistada comenta haber acudido a la UAPVIF-Tlalpan, tras un “pleito” con su esposo, éste la golpeó durante el embarazo de su segundo bebé. Casandra comenta que desde el noviazgo iniciaron los insultos, él constantemente le decía “piedra” o “mensa”, pero la violencia física (jalones de cabello, golpes en el abdomen y nariz, así como patadas) inició una vez que empezaron a vivir juntos. Los principales motivos por los que se suscitaba la violencia eran celos por parte de él y falta de dinero. Ante esto, ella comenta que al principio sólo lo escuchaba y pensaba que quisiera tener su fuerza para contestarle igual. Después de los episodios de violencia, su esposo, le pedía disculpas prometiéndole que iba a cambiar, sin embargo, ella comenta “si realmente él me quisiera no me golpearía”, por lo que se siente triste y en ocasiones ha pensado en matar a sus hijos y posteriormente quitarse la vida, pero después piensa que “eso sería una tontería”.

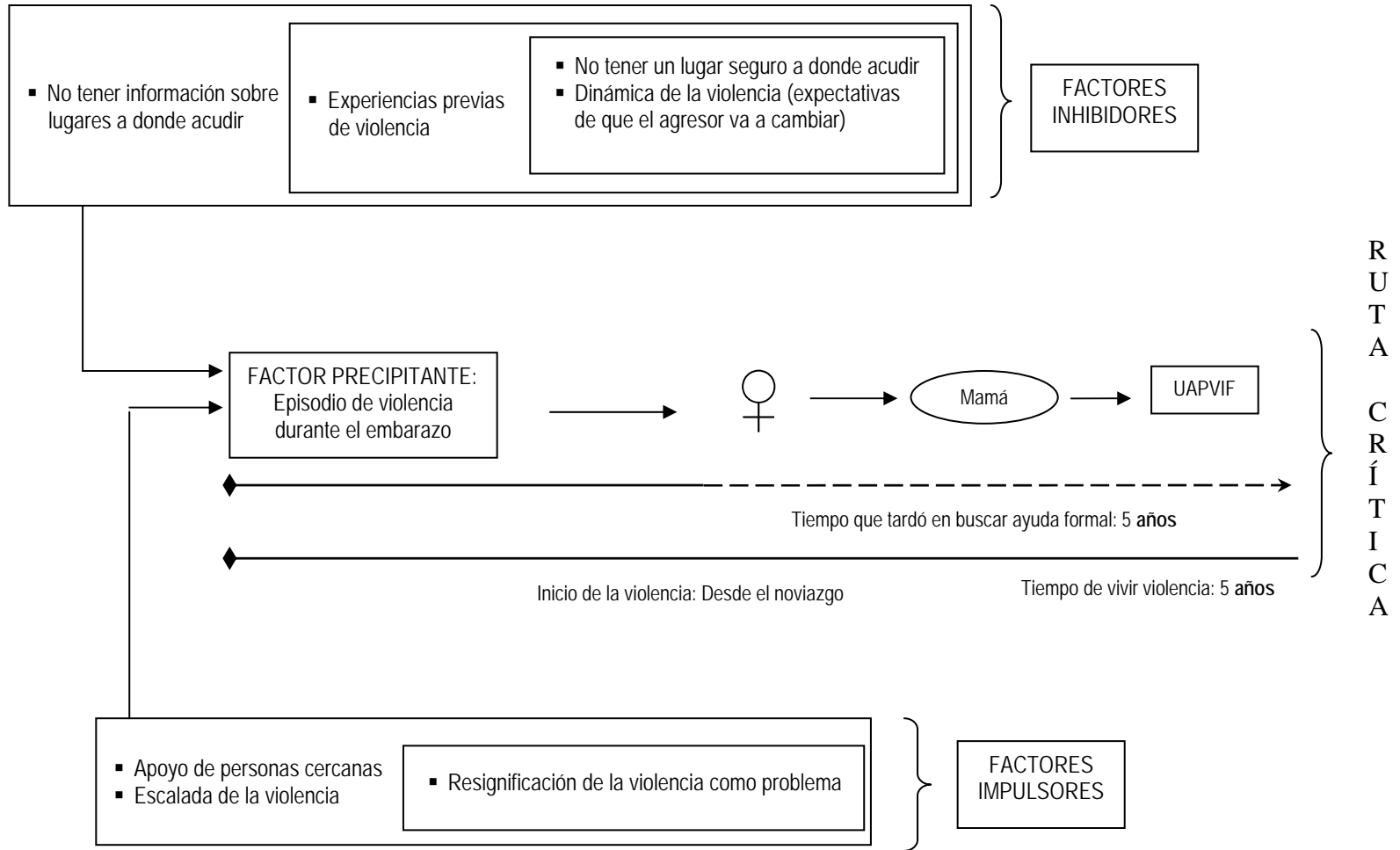
La historia de violencia de Casandra comenzó en la infancia, comenta que cuando estaba chiquita la “agredían” y pegaban sus hermanos, y durante la adolescencia sufrió una violación.

Casandra se separó en dos ocasiones de su pareja, tras episodios de violencia física acudiendo con su mamá, sin embargo refiere que ocultaba a su mamá el motivo por el cual se separaba y justificaba los golpes diciendo que se había caído. Ante esto su mamá le decía que se separara de él definitivamente, que tenía una familia que la iba a apoyar a ella y a sus hijos.

El tiempo transcurrido entre el primer episodio y el haber pedido ayuda **formal** fue de 5 años (Ver cuadro E), tras un “pleito” que tuvo con su esposo, quien le pegó estando embarazada. Ella se separó y se fue a vivir con su mamá, quien la acompañó a la UAPVIF a levantar un acta.

Actualmente se encuentra acudiendo dicha Institución, y regresó con su pareja pero refiere que la violencia se ha detenido.

Cuadro E. Ruta Crítica: Casandra



Informante 6: Norma

Norma, seudónimo que eligió la sexta informante, es una mujer de 30 años, estudió una carrera comercial y actualmente trabaja como secretaria. Se encuentra casada desde hace 15 años y tiene dos hijos, uno de 14 años y una niña de 3 años.

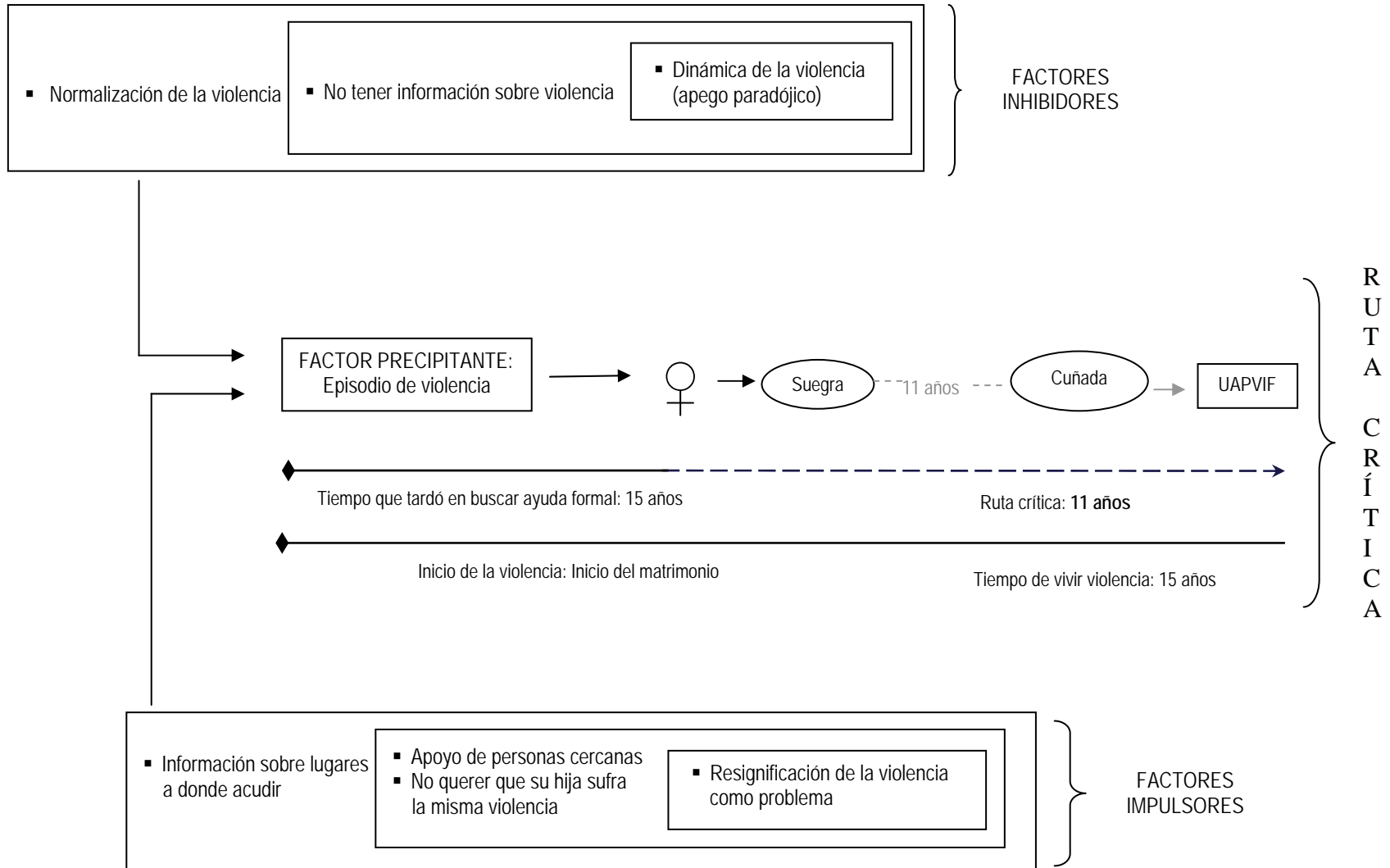
La entrevistada acudió a la UAPVIF-Tlalpan a causa de los “problemas” entre su esposo y ella, su esposo continuamente la insulta, amenaza y desvaloriza. Norma refiere que esto se debe a que su esposo le molesta que ella trabaje puesto que descuida las labores de su hogar, ante lo cual ella intenta hablar con él explicándole que lo hace para apoyar en la economía del hogar. Considera que “no es correcto” que su esposo continuamente la trate así, comenta “ya no estoy dispuesta a seguir así, a que me hable así, a tener esta vida que a veces... hay días que el ambiente en la casa se siente pesado”, por lo que espera que en la Unidad la puedan ayudar.

Con respecto a su familia, comenta que sus papás viven en Puebla por lo que no saben los “problemas” que tiene con su esposo pero considera que la van a apoyar en la decisión que tome.

Actualmente vive con su esposo y sus hijos, y en el mismo terreno viven su suegra, un cuñado y su concuña, quienes se han dado cuenta de la situación y constantemente le “llaman la atención” a su esposo.

Norma inició su ruta crítica once años atrás cuando le pidió ayuda a su suegra tras un “pleito” con su esposo en donde él le dio una cachetada, ella la apoyó y habló con su hijo, su esposo no volvió a pegarle sin embargo los insultos continuaron (Ver cuadro F). La violencia psicológica inició desde que se casaron y el tiempo transcurrido entre esto y haber pedido ayuda **formal** fue de 15 años. Acude a la UAPVIF por recomendación de su cuñada quien le dio un folleto de la Unidad y le dijo que ahí la podían ayudar ya que “era para la mujer maltratada”; Norma comenta que puso el papel en su tocador y tardó tres meses en acudir porque consideraba que no era violencia lo que vivía puesto que no había golpes. Acudió tras un “pleito” con su esposo, donde nuevamente la insultó y le dijo que no servía para nada.

Cuadro F. Ruta Crítica de Norma



Informante 7: Nataly

Nataly, seudónimo que eligió la séptima informante, es una mujer de 35 años; estudió la secundaria y se dedica a las labores de su hogar. Actualmente vive con su esposo y sus tres hijos, de doce años, cuatro años y un año.

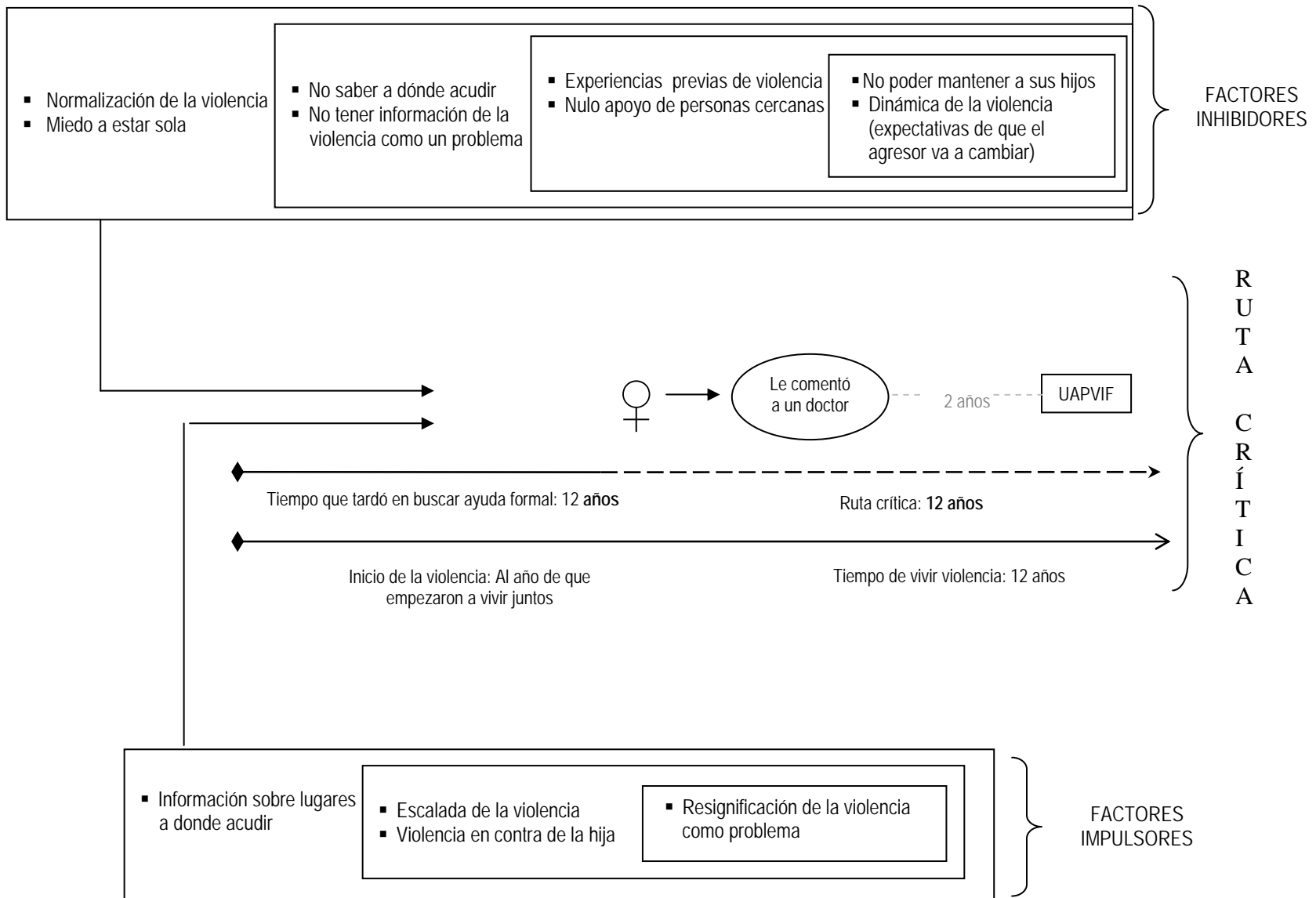
La entrevistada acudió a la UAPVIF-Tlalpan a causa de la violencia física (golpes y quemaduras), la violencia sexual (mediante el uso de la fuerza) y la violencia psicológica (insultos, críticas permanentes, desvalorización, infidelidad y comparación constante con otras parejas) que vive con su esposo, aunque ella considera que “el maltrato es ¡más! psicológico que... que golpes”, su esposo constantemente le dice que “es una loca, que no vale nada, que es una inepta, que no sirve para nada” y la corre de su casa continuamente. Los principales motivos por los que se suscitaba la violencia eran celos por parte de su esposo o cuando se tardaba en darle de comer. Nataly refiere que esto inició al año de que empezaron a vivir juntos, sin embargo, con el tiempo ha ido en escalada, actualmente la violencia se dirige también hacia la hija mayor. Ante lo cual comenta, sentirse en un círculo en donde no encuentra la salida.

Con respecto a su familia, la informante comenta no contar con su apoyo, puesto que han presenciado los insultos de su esposo y no dicen nada. La historia de violencia de Nataly comenzó en la infancia, donde vivió violencia psicológica (humillaciones e insultos) y física por parte de su mamá quien le pegaba hasta ensangrentarla, y familiares de ella. También existía violencia entre sus papás, comenta que ella y sus hermanos veían cómo su papá le pegaba a su mamá, por lo que ella creyó que era parte de la “vida cotidiana”.

Nataly inició su ruta crítica dos años atrás cuando al llevar a su hija a consulta, le comenta al doctor la situación (Ver cuadro G) quien le aconseja acudir a la UAPVIF diciéndole que “eso es violencia” y que necesitaba ayuda. Sin embargo, ella no acude por miedo a no saber qué hacer, dos años más tarde pide ayuda ahí. El tiempo transcurrido entre el primer episodio de violencia y el haber pedido ayuda **formal** fue de 12 años.

Actualmente se encuentra acudiendo a dicha institución, sin embargo la violencia continúa.

Cuadro G. Ruta Crítica de Nataly



IX. 3 ORDENAMIENTO CONCEPTUAL

Dado que la finalidad de esta investigación es reconocer los factores que han incidido en el hecho de que las mujeres entrevistadas buscaran ayuda, y de acuerdo con lo propuesto en el plan de análisis, se agruparon las categorías recurrentes en cuatro ejes que corresponden a los objetivos del estudio: factores inhibidores; factores impulsores; factores precipitadores de la búsqueda de ayuda; y ruta crítica, los cuales se presentan a continuación.

Cabe señalar que la literatura establece que en el problema de la violencia doméstica intervienen una serie de factores de índole cultural; factores relacionados con el exterior como recursos con los que cuentan o no las mujeres; factores relacionados con el contexto familiar y social; así como factores de índole individual que interactúan y actúan en la subjetividad de las mujeres para impulsarlas u obstaculizarlas en la decisión de iniciar una ruta crítica; por lo que dichos ejes temáticos posteriormente serán agrupados de acuerdo al Modelo Ecológico reelaborado por Corsi (1997) que fue expuesto anteriormente. Esta división es artificial puesto que los factores se encuentran en constante interjuego, a lo largo de la ruta crítica que se desencadena en el momento en que la persona decide pedir ayuda.

IX. 3.1 FACTORES INHIBIDORES

Se entiende como factores inhibidores a aquellos elementos que actúan negativamente sobre la decisión de iniciar o continuar una ruta crítica (Sagot et al., 2000).

Como se muestra en el cuadro 15, entre los factores que obstaculizan la búsqueda de ayuda se encuentran las creencias en torno a la violencia y a la familia, el miedo a no cumplir con los roles tradicionales de género, el no tener información precisa, las respuestas inadecuadas de algunos prestadores de servicios, el tener experiencias previas de violencia en la familia de origen, la falta de apoyo de personas cercanas, la dinámica de la violencia, el miedo a las represalias del agresor y la falta de recursos materiales.

Cuadro 15. Factores inhibidores

Macrosistema	Exosistema	Microsistema	Nivel Individual
<p>CREENCIA DE LA VIOLENCIA COMO ALGO "NORMAL" EN LAS RELACIONES DE PAREJA</p> <p>CREENCIAS EN TORNO A LA FAMILIA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ "El matrimonio es para toda la vida" ▪ "Lo que sucede al interior de la familia es privado" <p>MIEDO A NO CUMPLIR CON LOS ROLES TRADICIONALES DE GÉNERO</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ "Miedo a estar sola" ▪ "Miedo a no poder enfrentar sola las responsabilidades de la casa y de sus hijos" 	<p>NO TENER INFORMACIÓN SOBRE:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Violencia como un problema ▪ Lugares a donde acudir <p>RESPUESTA INADECUADA DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS</p>	<p>EXPERIENCIAS PREVIAS DE VIOLENCIA EN LA FAMILIA DE ORIGEN</p> <p>FALTA DE APOYO DE PERSONAS CERCANAS</p>	<p>DINÁMICA DE LA VIOLENCIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ciclo de la violencia ▪ Apego paradójico ▪ Distorsiones cognitivas <p>MIEDO A LAS REPRESALIAS DEL AGRESOR SI INTENTABAN HUIR</p> <p>FALTA DE RECURSOS MATERIALES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ No querer perder su casa o bienes ▪ No poder mantener a sus hijos

Dado que el ser humano es un ser social y se construye como sujeto en relación, su identidad es construida en y dentro de relaciones y discursos de poder que marcan lo que es, lo que debe ser y los límites de lo que puede ser (Saucedo González 2005).

De esta esa manera, algunas creencias y costumbres que son aprendidas en los procesos normales de socialización facilitan la permanencia de las mujeres en este tipo de relaciones.

A) CREENCIAS DE LA VIOLENCIA COMO "NORMAL":

A lo largo de la vida tanto hombres como mujeres han interiorizado una forma de ver el mundo y de relacionarse con los otros, de acuerdo con su género. Existe un mundo en donde las cosas "están dispuestas" *a priori* de su existencia, y para interactuar con "los otros" tendrán que aprender vía la socialización una serie de pautas para ser aceptados. En una sociedad patriarcal, las relaciones entre hombres y mujeres se entretajan en una base permeada por la desigualdad, al hombre le es permitido detentar un poder sobre la mujer, de esta manera la violencia contra la mujer es una práctica que ha sido legitimada. Estas prácticas atraviesan a los

sujetos y han sido sustentadas mediante creencias y valores, logrando no sólo su aceptación en tanto forma de “corrección” sino su **normalización** cotidiana, hasta tal punto que ni siquiera son cuestionadas y son reproducidas desde casa. Una informante, lo expresa así:

“cuando una persona es así, nunca va a cambiar y nosotros siempre en lugar de que nos defendamos, de que... saquemos ese coraje que traemos dentro, de pues de defendernos nosotras mismas ¿no?, de defender nuestros derechos, nos vamos poniendo más y más y más dejadas y piensa uno que es normal, bueno yo al menos así lo pensé, porque dije si mi mamá siempre ha aguantado su, a su marido... y luego yo le contaba a mi abuelita y me decía -¿cómo estas hija?-, -bien, no más que es bien grosero mi marido, a veces ya no lo aguanto-, y entonces me decía -no hija, así son los maridos- y yo creo que eso se me metió en la cabeza “ (Claudia, pág. 8)

Al respecto otra informante comenta:

“y así pues siempre pues.... lo toma uno.... pues a la ligera o hay veces que cree esta bien.... lo que yo pensaba era que era normal, como que... pues la vida cotidiana de.... pues sí” (Nataly, pág. 19)

Si esto sucede en el caso de la violencia física que es la más visible y susceptible de ser reconocida por las mujeres, en el caso de la violencia psicológica su identificación se vuelve más difícil puesto que no deja huellas físicas. Al respecto una informante comenta:

“No, yo de hecho no pensé que esto fuera violencia,.... Yo.... pues yo pensaba que nada más los golpes, o sea como a mi no me pegan o sea.... no pues es.... generalmente pues es normal, quizá porque él habla así, yo lo veía así” (Norma, pág. 20)

En consecuencia, la respuesta generada por las mujeres que viven violencia es “aguantar” que les tocara un hombre que las maltratara; por lo que la violencia es vivida como un destino inalterable propio de su sexo. Al respecto una informante comenta:

“ahora me doy cuenta que eso viene desde nuestros padres, por miedo yo pienso que desde que estamos pequeños y en el hogar como vemos violencia, vemos agresividad creemos que es normal y pues si ya me tocó esta vida, bueno pues me aguanto, así es, el

hombre tiene todo el derecho de corregir si la mujer no hace sus cosas, siempre ha sido así y como que lo vemos como normal” (Claudia, pág. 7)

De lo anterior se puede concluir que existe una difícil identificación de la “violencia” como un problema, como algo que no debe ser tolerado, que atenta contra sus derechos, puesto que culturalmente se ha aprendido a vivirla como algo “natural” en las relaciones de pareja, motivo por el cual las mujeres se mantienen en esas relaciones.

B) CREENCIAS EN TORNO A AL MATRIMONIO Y LA FAMILIA:

Si bien las conquistas de las mujeres en espacios públicos cada vez son más notorias, no sucede lo mismo en el ámbito privado. De acuerdo con Fernández (1998), el contrato conyugal es uno de los pilares de la producción y reproducción de la desigualdad de poderes, ya que mediante el discurso de “hasta que la muerte nos separe” se establece una relación entre violencia y conyugalidad. “No es ya la violencia explícita del golpe físico que somete por terror, sino la violencia simbólica que inscribe a las mujeres en enlaces contractuales y subjetivos donde se violenta tanto la economía como el sentido de su trabajo productivo, se violenta la posibilidad de nominarse” (pág. 41).

El ideal del matrimonio se basa en una idea de convivencia armónica con un proyecto de vida en común, con base en la complementariedad de funciones, el hombre tendrá como responsabilidad fundamental el sostén económico de la familia y la mujer la crianza de los niños y la organización doméstica. Así lo expresa una informante:

“uno quiere tener una familia como la pintan, ¿no?, la de los dibujitos, que realmente yo nunca pinte una familia así pero siempre me venían a la mente la mamá, el papá y los hijos” (Ana, pág. 7)

De esta manera, creencias como el “**matrimonio para toda la vida**” permean en la subjetividad de las mujeres siendo más fuertes que la violencia vivida que queda invisibilizada. Al respecto, una informante señala:

“eh en mi pueblo es, dicen que el que es casado es para toda la vida y así lo quiero ver yo... uno quiere estar ahí aunque la estén maltratando, que siempre la estén..., aunque la

estén golpeando pero uno sigue ahí...yo creo que es el amor, bueno yo pienso porque yo hasta ahora digo, él me ha hecho todo lo que ha querido y si yo no lo quisiera pues ya me hubiera ido hace mucho tiempo, pero uno está con esa idea de llegar a ser viejitos, ver a los hijos, ver a los nietos, pues una familia unida” (Claudia, págs. 9 y 10)

Otro factor que impide que las mujeres busquen ayuda es la creencia de que **“lo que sucede al interior de la familia es privado”** y que por tanto debe resolverse en el mismo lugar donde se produce. Una informante comenta:

“contar mis cosas a otras personas no me gusta porque siento que no debo contar lo que existe en mi matrimonio, porque es de los dos, ni a mis hermanas, a nadie” (Claudia, pág. 13)

Al respecto Sagot et al. (2000), citan a Talcott Parsons diciendo que cuando el espacio de la familia se torna en un lugar violento, las mujeres sienten vergüenza de mostrarlo hacia fuera y hasta llegan a sentirse responsables por no poder mantener la imagen idealizada.

Por lo tanto, el ideal de armonía del “matrimonio para siempre” como base para la familia acentúa el vínculo del amor indisoluble invisibilizando la violencia que se vive al interior de la pareja, actuando como fuerte inhibidor de la búsqueda de ayuda de las entrevistadas.

C) MIEDO A NO CUMPLIR CON LOS ROLES TRADICIONALES DE GÉNERO:

Las mujeres se encuentran insertas en un contexto social determinado que marca límites entre lo que debe ser y lo que no debe ser, la trasgresión de ciertos roles de género implicaría el rechazo de su círculo social, por lo que otros factores que inhiben a las mujeres a buscar ayuda están relacionados con el miedo a transgredir los roles que culturalmente se han marcado como femeninos. Es decir, que una vez que se ha reconocido un problema como lo es la violencia, el separarse o buscar alternativas ante la situación implicaría “atentar” contra el ideal del matrimonio para siempre o la “familia unida”, mandatos que son fundantes de la identidad femenina. De esta manera, uno de los factores inhibidores del inicio de la ruta crítica reportado por las entrevistadas fue el miedo a estar solas. Como lo expresó una informante:

“yo creo que siempre desee a una familia, a lo mejor por eso yo no quería dejar a mi marido, porque para sentirme, no sentirme sola” (Ana, pág. 7)

Al respecto, otra informante comenta:

“¡ay estoy solita, ay estoy triste, ay no tengo ningún varón que me quiera!, le digo que huyo de mi casa para no estar pensando y acorralarme y aún así todavía me agobia la depresión a veces pero trato de decir ¡calma!” (Rocío pág. 20)

Otro factor inhibitor es el miedo a no poder enfrentar las responsabilidades de la casa y de sus hijos sin un hombre que las respalde, a pesar de que algunas de ellas trabajan y sostienen económicamente sus hogares. Esto es expresado por una informante así:

“me dice -si te quieres ir, vete- entonces me daba miedo, me daba miedo y siempre yo a veces digo pues no me puedo ir por mis hijos, se me cerraban las puertas, yo misma me cerraba las puertas, hasta ahora me doy cuenta que yo, este, que yo me cerraba las puertas porque pues de todos modos yo pude trabajar pero yo sentí que no iba a poder con mis hijos ... yo siempre en mi mente decía me voy a largar pero después pensaba, pero Dios, ¿qué voy a hacer si me voy?, mis hijos ¿cómo los voy a dejar? y si me los llevo ¿a dónde los voy a meter?” o sea yo sola me cerraba las puertas” (Claudia, págs. 3 y 4)

Otra informante comenta:

“es muy difícil estar sola, es muy triste, porque yo me sentía, me preocupaba mucho que a mis hijos les fuera pasara algo y yo estuviera sola, con esa responsabilidad, como que sentía que es más la responsabilidad ahora aunque mis hijos ya están más grandes, me sentía muy mal para tomar las decisiones” (Ana, pág. 20)

“El discurso de la naturaleza femenina, los mitos mujer= madre, y el discurso heroico del amor moderno, trabajarán eficaz y productivamente gestando sus significaciones imaginarias sociales para garantizar el claustro hogareño de la mujer burguesa. Tales significaciones generarán los argumentos y estrategias institucionales específicas con que contará la modernidad para la producción-reproducción de uno de los pilares de la subjetividad femenina: ser de otros” (Fernández 1998, pág. 48)

D) NO TENER INFORMACIÓN PRECISA:

Otros factores inhibidores se refieren a los recursos con los que no cuentan las mujeres, como el hecho de no contar con información precisa sobre la violencia y los lugares a donde acudir en busca de ayuda.

Esto encuentra sustento en el hecho de que la violencia es una práctica legitimada por lo que en el caso de las mujeres entrevistadas, el desconocimiento de la violencia como un delito es una constante que aparece en todas las informantes. En ocasiones la violencia física por ser la más evidente, es reconocida como tal, sin embargo la violencia psicológica y sexual es invisibilizada. De igual manera, el no saber a donde pedir ayuda una vez que se ha identificado que existe un problema.

E) RESPUESTA INADECUADA DE LOS PRESTATARIOS DE SERVICIOS:

Una vez que las mujeres han decidido buscar ayuda, las respuestas inadecuadas de los prestatarios de servicios se convierten en fuertes obstáculos que detienen a las mujeres en el proceso de su ruta crítica.

El contexto cultural también alcanza a los prestatarios de servicios, quienes en ocasiones no se encuentran sensibilizados ante el problema de la violencia y consideran que las mujeres son responsables de la violencia cometida o permanecen en relaciones violentas “por gusto” olvidando los entrapamientos culturales y psicológicos que conlleva el problema, lo cual se cristaliza en una revictimización por parte de estos prestatarios hacia las mujeres, desalentándolas en la búsqueda de ayuda. Este fue el caso de una de las entrevistadas quien posteriormente dejó de acudir al servicio:

“como que su contestación fue un poco agresiva como diciendo -usted también está teniendo problemas y sigue ahí ¿por qué está ahí? Pues usted, también es su culpa- la sentí así como diciendo pues usted tiene la culpa o usted a fuerza se aferra o algo así, ya sabemos que sí nos aferramos porque nos cuesta mucho trabajo salir, no es cualquier cosa, son años para poderse salir y entonces yo creo que se dio cuenta por la contestación que yo también le hice” (Ana, pág. 18)

En otros casos, los prestatarios de justicia hacen alianzas con los agresores revictimizando a las mujeres y agravando su situación de vulnerabilidad, negándoles sus derechos. Así lo expresa una informante:

“como bajé a la delegación y él ya estaba con las personas éstas, él me ganó. Y siempre tiene la costumbre de darles dinero, entonces me dijeron que pues no podían hacer nada.... que porque era nada más estamos concunos concubina, que era pareja pero no era la esposa y que nos iba a detener haber si así... nos aplacábamos, le digo -pues a él, pues yo ¿por qué?-, pero así me dijeron o sea en la delegación me dijeron -que como el terreno estaba en su nombre, puede irnos a sacar- y.... le digo que la verdad sí,.... sí me da miedo porque ¿a dónde me voy a ir?” (Rosa, pág. 6)

F) EXPERIENCIAS PREVIAS DE VIOLENCIA EN LA FAMILIA DE ORIGEN:

Seis de las siete informantes señalan la presencia de situaciones familiares marcadas por pautas de violencia intrafamiliar, tanto hacia ellas como entre las figuras parentales, las que se han ido repitiendo intergeneracionalmente. Esto en ocasiones precipitó el hecho de que se casaran de manera temprana como una forma de buscar estabilidad.

“yo recuerdo que en la secundaria se siente uno como menos, a la mejor por lo que vive uno... y cuando conocí a mi marido yo me sentí muy segura, me dio confianza, eso también fue lo que me impulsó a estar con él porque él era muy seguro” (Ana, pág. 12)

Dado que el primer contacto con el mundo es vía los padres, y ellos son los encargados de “presentar cómo es el mundo”, las informantes han aprendido que la violencia es algo que sucede en las relaciones de pareja, por lo que se repite el mismo patrón en sus relaciones. Una entrevistada lo expresa así:

“pues yo recuerdo que mi papá tomaba mucho y nos teníamos que esconder para que no nos pegara mi papá y bajamos a escondernos en la casa de la vecina o lo que fuera para que mi papá no nos pegara, entonces yo pienso que esto viene, como que piensa uno que es normal que el marido, que el esposo le pegue a la mujer y ahora veo que no es así” (Claudia, pág. 7)

Otra entrevistada comenta:

“desde chiquita siempre ha pasado... o sea como mi mamá como también fue.... pura pura agresión allí con mi mamá, mis hermanas, mis tíos o sea entre mi familia nada más por parte de mi mamá, por parte de mis hermanos y de mis tías, ahora si que en mi casa he vivido violencia con mi mamá y con mis hermanos, pues igual ahora ¿no?” (: Casandra, pág. 10)

De esta manera, las mujeres han aprendido que la violencia en la pareja es algo que se vive como cotidiano, por lo que se repite en la relación de pareja, sin cuestionarse como un problema, pese a las consecuencias que trae consigo. De esta manera, el haber sido testigo de violencia en la familia de origen o haberla sufrido es un poderoso inhibidor de la búsqueda de ayuda.

G) FALTA DE APOYO DE PERSONAS CERCANAS:

La familia, como principal mediadora entre la cultura y los individuos, es la encargada de la socialización y la transmisión de códigos y expectativas culturales acerca de lo que es permitido y lo que no lo es. En este sentido, un inhibidor de la ruta crítica fue la falta de apoyo de la familia cuando las mujeres buscando alternativas ante la violencia recurrieron a ellos y no encontraron apoyo. Una informante comenta:

“una vez estaba trapeando y llegó él -que ¿qué quería?- y me empezó a pegar que ya lo tenía harto que quien sabe qué, me empezó a pegar, me golpeo, mis hijos estaban afuera con mi cuñada, empecé a gritar que me ayudaran y nunca se metieron, nunca se metieron, se salió él, se llevó a los niños, me quedé llorando y llegó otra de mis cuñadas y le dije voy a ir a la delegación, me dijo -pero es que tú necesitas llevar moretones y todo para que de veras... te van a revisar-, pues yo nada más lo dije voy a ir porque no pensaba, no fui, me quedé, ese fue uno de los momentos más violentos” (Ana, págs. 11-12)

Al respecto, otra entrevistada comenta:

“mi mamá, una vez se salió de su casa y que mi abuelita le dijo -no, regrésate a tu casa, yo no quiero que a cada rato estés peleando y a cada rato estés aquí y otra vuelta allá-, entonces, yo pensaba eso, digo bueno sí es cierto o sea que estemos peleados, que ya regresamos, peleamos, regresamos, entonces este yo dije no pues sí es cierto”. (Claudia, pág. 11)

Los mandatos culturales también influyen en la familia de las entrevistadas: la idea de que lo que sucede al interior de la familia corresponde al ámbito privado se ve cristalizada en las alianzas que se establecen entre la familia y el agresor, cuando al darse cuenta de la violencia guardan silencio. Así lo expresa una informante:

“ellos no se metían, mi cuñada la de al lado me veía en el patio llorando, y iba a platicar con ella porque de alguna manera yo quería platicar con alguien, y él se enojaba porque iba a platicar con ella, ese día me golpeó, me cacheteó, me empezó a patear los pies, yo nunca sentí el dolor eh, yo creo que por lo mismo que estaba toda... y este, fue cuando ella se empezó a dar cuenta del tormento pero nunca le decía nada” (Ana pág. 14)

Otra informante comenta:

“Después nos fuimos a vivir con mi mamá.... y mi mamá oía los pleitos pero pues nunca se metió, nunca le dijo “oye ¿por qué insultas a mi hija? no, nunca le dijo nada” (Nataly, pág. 6)

Otras entrevistadas, no cuentan con el apoyo de familiares y/o amigos y mantienen la situación en secreto. Así lo expresa una informante:

“No tenía amigos, a mis amigas no me acerqué, mis vecinas me veían mal por mi neurosis entonces no platicaba yo con nadie, mis hijos eran pequeños, con nadie, todo esto lo vine a sacar hace 4 años, 4 años. (Rocío, págs. 10-11)

H) DINÁMICA DE LA VIOLENCIA

Aunado a los factores relacionados con los mandatos de género donde la violencia es aceptada y tolerada por la sociedad, los recursos con los que no cuentan las mujeres y la falta de apoyo

de personas cercanas; a lo largo de las entrevistas, las informantes reportan otros factores que se relacionan con la dinámica *per se* de la violencia como son las distorsiones que trae consigo el abuso crónico y que generan un entrampamiento dentro de la relación de pareja que dificultan la búsqueda de ayuda.

El abuso crónico, como lo es la violencia doméstica, repercute en diferentes áreas de la vida de las mujeres: en el afecto, en el pensamiento y en el comportamiento. De acuerdo con Claramunt (1999) la mujer maltratada se enfrenta a una serie de paradojas tales como:

- deseo de escapar de las amenazas y la violencia vs. el deseo de obtener respeto y amor de la persona que la maltrata
- deseo de independencia vs. dependencia económica del agresor
- recibir muestras de cariño vs. periodos de tortura, humillación y agresión
- esperanza de cambio del ofensor vs. reincidencia del abuso

Esto se debe a que las experiencias de violencia vividas por las entrevistadas responden a patrones cíclicos (como es descrito por Walker, 1979) en los que existen fases de violencia, seguidas por episodios de arrepentimiento, ante lo cual las mujeres se enganchan con la expectativa de que el agresor va a cambiar, lo que da pie a continuar en la relación respondiendo a los episodios de violencia y amor sin reconocer que se trata de un ciclo. Así lo expresan dos informantes:

“me separaré tres veces, me bajaba mis cosas y él me iba a buscar -no es que perdóname, voy a cambiar, voy a... te prometo no golpearte, ni insultarte, por favor yo te amo, es que tú a veces me preguntas por el trabajo y yo estoy tenso por el dinero y tú quieres hablar en el momento, entiéndeme también-, le dije -no pero para que me haigas golpeado así, no- y ya me decía -perdóname- y me regresé y no cambió, y volví a irme y volvió a decirme promesas y media, y le dije -vamos a pláticas- y me dijo -yo no las necesito, las necesitas tú, yo no estoy loco-, le digo -sí las necesitas- y me decía que no y así pasaron las tres veces, o sea que me bajaba e iba -perdóname, te quiero, te amo, voy a cambiar- y ahí iba yo de vuelta” (Casandra, pág. 5)

“cuando me iba allá con mi mamá, a los quince días o al mes, regresaba, iba pa` allá y me llevaba una despensa -y mira que ya voy a cambiar, que..-, y ahí venía. Y hasta luego

dejaba a mis hijos allá y me venía... y luego cuando iba estaban enojados “oye que tú no entiendes”... y hasta la fecha...” (Rosa, pág. 13)

Se trata de ciclos en donde las mujeres no encuentran salida, puesto que la violencia no se detiene y ellas permanecen en riesgo que la agresión resurja. Al respecto, una informante comenta:

“sigo estando.... en el mismo círculo que.... que no encuentro la salida.... Es como le decía yo a las psicólogas que.... es como si estuviera yo en un círculo que quiero yo salir y no puedo más, pero quiero ya salir y vuelvo a encontrar el mismo círculo.... (Nataly, pág. 25)

Las mujeres entrevistadas refirieron la existencia de “tiempos buenos y tiempos malos”, es decir episodios de violencia alternados con episodios de perdón y amor, por lo que como lo establecen Dutton y Painter (1981, citados por Ramos, 2002) la violencia se caracteriza por la intermitencia del abuso que genera fuertes vínculos con sus parejas, a pesar de la violencia vivida esperan que el agresor cambie y así revivir “los buenos tiempos”. Esto se ve cristalizado en el hecho de que las mujeres aún después de haberse separado, no logran permanecer lejos de su agresor, y regresan. Lo cual es expresado por una entrevistada:

“yo no sé como me volvía a regresar, ¿por qué me volvía a regresar otra vuelta?, por eso ya no creo que ahora cuando le digo que siento la tristeza y me siento triste y me siento sola y digo ¿cómo es posible que quiera uno volver a regresar a lo mismo?... al otro día ya te traigo dinero, te traigo las flores, es muy buena persona porque él cuando está de buen carácter es muy buena persona, realmente sí, para que, es muy buena persona, es sensible... entonces todos esos momentos no sé si son muchos o pocos son los que yo querría revivir con él” (Rocío, pág. 20)

De esta manera como resultado de la intermitencia de la violencia, las mujeres desarrollan distorsiones cognitivas como una estrategia que les permite sobrevivir. Estas distorsiones actúan como poderosos factores inhibidores ante la búsqueda de ayuda, dentro de los cuales se encuentra la minimización del abuso y la negación de la violencia. Al respecto una informante comenta:

“yo sentía que como que mi problema no era tan grande al ver los casos de otras mujeres pero depende de cómo lo vivimos, sentía que me estaba fijando mucho en lo malo pero ahora veo que no es así porque cada quien tiene su sufrimiento, es como lo que vemos en terapia, yo decía mi marido me pega, me cela y me ofende pero hay peores entonces no estoy tan mal, pero como dijo la psicóloga ah entonces ¿como no te engaña te hace un favor? y no.” (Claudia, págs. 11 y 12)

Las mujeres responden ante la violencia y el amor como actos aislados, sin reconocer que se trata de un ciclo caracterizado por episodios de violencia seguidos de episodios en donde hay amabilidad y amor, por lo que la violencia es negada. El impacto producto de la agresión se atenúa con los “buenos tiempos” dificultado la decisión de separarse o buscar alternativas. Así lo expresa una informante:

“yo ya... ya tenía yo la idea de, ya de quererme salir, ya más en forma, yo creo que siempre pensé en dejarlo pero me costó mucho trabajo, decía yo -es que tenemos problemas pero pero mientras estamos contentos estamos bien- (risas) de verdad que que ideas tan... tan tontas después de que he estado tomando las terapias, -estamos bien, bueno a veces sí, no me pega mucho, me ...me da cachetadas o me corre pero nosotros estamos contentos y estamos bien- decía yo”. (Ana, pág. 4)

I) MIEDO A LAS REPRESALIAS DEL AGRESOR SI INTENTABA HUIR

Otro de los factores por los cuales las mujeres entrevistadas permanecieron al lado de su agresor es por miedo a las represalias del agresor si intentaban separarse.

Se trata de un miedo que tiene un sustento real en las amenazas del agresor de hacerle daño a ella o a sus hijos y que encuentra una base en las experiencias previas pudiendo donde se han separado o lo han intentado y han sufrido más violencia. Sobre este miedo como inhibidor de la búsqueda de alternativas ante la situación, una entrevistada comenta:

“-no te vas a ir, siempre no, dice ya te había dicho que no quiero que te vayas-, -sí me voy a ir, te había dicho de la contratación de la mudanza... sí me voy a ir, -sabes que, que no te vas a ir-, fue a la cocina y agarró un cuchillo, -no te vas a ir-, dice mi hijo -sí, nos vamos a ir-, -sobre su cadáver- y me puso el cuchillo, me dio miedo, la verdad sí me dio miedo,

me dio miedo porque ya anteriormente me ha aventado cosas, me había roto la televisión, sí le tenía miedo, yo ya estaba psicológicamente ya estaba de plano, yo ya hacía lo que él decía últimamente... ya como sonámbula... ya de plano estaba sometida y sí es cierto, y dije bueno, ya no me voy porque me dio miedo, me dio miedo el que me fuera a hacer algo, el que le fuera a hacer algo a mis hijos” (Ana, pág. 12)

De esta forma las mujeres deben optar entre seguir siendo lastimadas, o abandonar a sus agresores con la probabilidad de sufrir mayor dolor o incluso morir. Sobre este miedo, la entrevistada comenta:

“siempre me amenazó que donde me encontrara me iba a matar y sí se lo creía, si yo pensaba que en algún momento sí me iba a hacer algo en la casa, pensaba que me iba a hacer algo porque ya cuando me salí me amenazaba y sí me daba miedo porque cuando yo lo deje a él, tenía un miedo de que me viera de frente y me subiera al carro, que me correteara, decía yo no sé que voy a hacer, yo me voy a meter entre los carros, yo prefiero que me pase algo a que me lleve, porque si no me va a ser algo, sólo una vez me puso el cuchillo, pero después fueron más cachetadas este, golpes así de trancazos pero yo no lo sentía, no sé si era por el miedo, pero sí me amenazaba constantemente de que si yo me volvía a ir me iba a matar donde quiera que me encontrara, entonces sí me daba miedo que me fuera a encontrar por eso lo pensaba para regresarme, me daba miedo” (Ana pág. 20)

J) FALTA DE RECURSOS MATERIALES

La falta de recursos materiales es uno de los factores inhibidores más importantes cuando una mujer toma la decisión de buscar ayuda, puesto que cinco de las siete informantes carecen de autonomía económica, y en consecuencia al momento de la entrevista a pesar de ya haber acudido en busca de ayuda formal, no contaban con los ingresos mínimos para separarse del agresor y tener un espacio y comida para ellas y sus hijos. Así lo expresan dos informantes:

“Mis hijos vivieron toda esa agresividad porque yo era insuficiente para sacarlos adelante siendo pequeños, escuela, calzado, alimento, yo sentía no poder, esperando la ayuda de él porque todo tenía yo que aguantarlo” (Rocío, pág. 3)

“en la delegación me dijeron -que le echara su ropa en unas bolsas y que se las sacara acá fuera, que ya no entrara-. Pero le digo -y luego yo qué voy a comer-” (Rosa, pág. 13)

“yo estoy con él porque ahorita no tengo la posibilidad de rentar sola con mi hija y aunque mi mamá me apoya pues ahí vive mi hermana y hay mucha gente entonces no tengo un espacio” (Casandra, pág. 8)

“ le dije “pues es que yo también me deprimó, ahorita nada más por lo monetario que me da.... me detengo a.... a seguir con él más que nada” (Nataly, pág. 10)

Otro factor que obstaculiza el hecho de iniciar una ruta crítica es el no querer dejar los bienes materiales. La perspectiva de abandonar lo que se ha construido en conjunto, y no contar con un espacio a partir del cual puedan reorganizar su vida es un factor que las desalienta en el proceso de tomar decisiones acerca de la ruta crítica. Al respecto, las informantes comentan:

“a veces uno piensa, pues yo he trabajado toda la vida, hicimos la casa entre los dos, compramos el terreno entre los dos, a veces por las cosas materiales, primero por los hijos y en segunda por las cosas materiales, a veces decimos ¿pero por qué se va a quedar mi casa? pero no nos damos cuenta que nosotros mismos nos estamos haciendo daño y ahí ya no aguanté” (Claudia, pág. 6)

“pero me es difícil decir esa ya no es mi casa cuando dure 28 años ahí con todo y los problemas que teníamos, ¿no?, y al final de cuentas yo no me salía porque no quería dejar mi casa” (Ana, pág. 7)

IX. 3.2 FACTORES IMPULSORES

Se entiende como factores impulsores a los sentimientos y razonamientos que culminan en decisiones para buscar alternativas a la situación de violencia (Sagot et al., 2000).

Como se muestra en el cuadro 16, entre los factores que impulsan a las mujeres a buscar opciones ante la situación de violencia se encuentran el tener información sobre lugares adonde

acudir, el apoyo de personas cercanas, la escalada de violencia y la resignificación de la violencia como un problema.

Cuadro 16. Factores impulsores

Exosistema	Microsistema	Nivel individual
INFORMACIÓN EXACTA SOBRE LUGARES A DÓNDE ACUDIR	APOYO DE PERSONAS CERCANAS ESCALADA DE LA VIOLENCIA VIOLENCIA EN CONTRA DE LOS HIJOS	RESIGNIFICACIÓN DE LA VIOLENCIA COMO UN PROBLEMA

A) APOYO DE PERSONAS CERCANAS

El apoyo de personas cercanas es un factor que influye de manera decisiva en el hecho de que las mujeres entrevistadas busquen opciones ante la situación de violencia, ya que atenúa la situación de dependencia económica o emocional en la que se encuentran.

El sentir que su familia las apoya y desaprueba la violencia que sus parejas ejercen contra ella, es decir que valida su sufrimiento las alienta a buscar alternativas. Así lo expresa una informante:

“mi mamá me aconseja, me dice que lo deje, me dice -ve como te trata pero allá tú, simplemente lo que yo quiero es que veas las cosas, yo te digo que lo dejes, ve-, y a él le dice que no me insulte pero él le contesta y ella me dice -pues tú sabes si quieres seguir ahí-, -yo te apoyo, tus hermanas te apoyan pero piénsalo antes de que te de un mal golpe, tú al hospital y él al bote, piénsalo ¿cuántas veces te has venido conmigo y te viene a echar flores y ahí vas, ya no aguantes, de hambre no te mueres- . Y yo le platico a mi mamá todo y ella me dice que él no va a cambiar que lo deje, ella me da ánimo, y mi familia también me da ánimo“ (Casandra, pág. 7)

El sentir que cuentan con el respaldo de una familia que les ofrece un lugar seguro actúa como un factor impulsor en el proceso de la ruta crítica. Al respecto comenta una informante:

“mi mamá me dijo -no hija, mientras tengas aquí a tus padres viejos o como sea, te quedas aquí en la casa, piénsalo bien, quédate 15 días, si tú piensas otra cosa, irte por otro lado, te vas pero ahorita quédate, piensa qué vas a hacer-“ (Claudia, pág. 6)

Los familiares también las orientan acerca de las acciones que pueden tomar, tales como dejarlo o denunciarlo. En relación a esto, una informante comenta:

”cuando me di cuenta que mi marido se estaba drogando pues la verdad me dio mucho miedo y tarde para podérselos platicar a mis hijos, después le hablé a una cuñada y ella me dijo que pues la verdad ya lo había aguantado mucho que lo demandara, que esa decisión la tenía que tomar yo” (Ana, pág. 17)

Dentro de la familia, el apoyo de los hijos juega un papel significativo en la ruta crítica, las impulsan a romper con la relación violenta. Al respecto, lo expresan así:

“mi hija me decía -¿por qué aguantas tanto? Vete, déjalo, ya estamos grandes-” (Claudia, pág. 10)

“ella quiere verme bien, ella se enoja mucho de que no me bañe, que este yo deprimida, y lógico, digo si yo me siento triste mi hija va a estar triste, si yo me siento mal ella igual, entonces yo tengo que echarle ganas a modo de que ella me vea bien” (Informante 1: Rocío, pág. 3)

“y mi mamá me dice “mira vente pa`acá, ¿por qué aguantas a ese hombre aquí?”. (Rosa, pág. 6)

Aunque de manera directa, los hijos no las impulsan, el hecho de que “hayan crecido” les permite buscar opciones ante la situación de violencia, puesto que los consideran como independientes. Resalta el hecho de que seis de las siete mujeres tienen hijos mayores edad y/o hijos adolescentes. De los hijos como factor impulsor, dos informantes comentan:

“y ahora es diferente porque digo bueno, ya crecieron mis hijos, se casaron, ya agarraron su destino, mal o bien, ya por si mismo... yo no tengo porque aguantar esta persona, ni él que me aguante a mí” (Rocío, pág. 3)

“mis hijos ya están grandes, ya tengo dos casados y una soltera pero dije ni modo, ella ya decide, se queda con su papá o se queda conmigo, ya trabaja, yo siento que ya se defiende sola y tomé la decisión de salirme de la casa, regresé ese día, llevé a mis hijos a la fiesta y se enteraron del problema, dije vámonos para la casa, bueno pues regresé y hice mis maletas y ya me voy, ya no lo voy a aguantar”. (Claudia, pág. 6)

Así como en el caso de una de las informantes el no querer que su hija cuando crezca permanezca en una relación violenta pensando que es normal, la impulsó a buscar ayuda. Así lo expresa:

“pero no quiero seguir así ¡sobre todo.... por mi hija!,.... porque te digo ella es mujer... también y yo no quiero que.... pues que de cierta forma.... piense que lo que su papá le dice es normal.... Y que un día a ella vaya a encontrar a una persona y la vaya a tratar igual y va a decir “bueno pues....yo creo que es correcto, es normal, pues mi mamá lo permitía ¿no?, es mi idea, fue lo que me empujó a a venir a este lugar.... mi hija,.... mi hija o sea a mis hijos. (Norma, pág. 5)

B) INFORMACIÓN EXACTA SOBRE LUGARES A DONDE ACUDIR EN BUSCA DE AYUDA

El acceso a información exacta acerca de lugares a donde dirigirse es esencial en el proceso de la ruta crítica. En el caso de las informantes de este estudio, esta información fue proporcionada por la red cercana a ella como familiares y amigos, y en el caso de la UAPVIF fue identificada como una “unidad que ayuda a las mujeres”. Así lo expresa una informante:

“yo había visto esta unidad porque es mi camino, por aquí pasa el pesero pero no sabía para qué era esta unidad hasta que una hermana me dijo -ve a la unidad de la Joya-, porque yo quería ir a la procuraduría, pero me dijo ve ahí, ahí te van a hacer caso, necesitas platicar, hablar, sacar todo lo que tienes dentro porque nunca te quejas” (Claudia,, pág. 6)

Otra informante comenta:

“Y entonces este.... pues una.... una de mis concuñias me dijo -es que deberías de ir- o sea me dijo -ustedes necesitan ayuda.... Yo pienso que ustedes necesitan ayuda y pues deberían de ir este aquí y llegamos aquí a Tlalpan- y le digo y le dije -que sí.... que

después-. Y ella un día pasó cerca por aquí y pidió un folletito.... y me lo dio". (Norma, pág. 4)

C) ESCALADA DE LA VIOLENCIA

La misma violencia que sufren las mujeres se convierte en un factor impulsor en la búsqueda de ayuda cuando está aumenta o se dirige hacia los hijos. Así lo expresa una informante:

"ahora el maltrato es más y más... y entonces vine para acá" (Nataly, pág. 5)

"últimamente se daban más las agresiones, ya a cada rato me cacheteaba o me rompía o me aventaba las cosas, y al rato qué voy a esperar ¿Qué le haga algo a mis hijos? ¿Por qué? o agredía a mi hijo para que yo me enojara o me agredía a mí" (Ana, pág. 12)

D) VIOLENCIA EN CONTRA DE LOS HIJOS

Otro factor que impulsó a dos informantes a pedir ayuda fue cuando la violencia se tornó contra los hijos, cuando la mujer piensa que sus hijos están en peligro decide actuar. Así lo expresa una informante:

"Entonces como yo le decía a la psicóloga que pues ahora ya no es conmigo, también este.... el maltrato es también con la niña de doce y entonces este.... pues sí, se siente bien.... por ese motivo más...por mi hija.... (solloza) más que nada por mi hija porque él sigue, no le digo que el otro día pues.... a veces no me puedo detener porque luego más se ensaña con mi hija, más y luego me dice de cosas, por eso tome esta decisión por ella" (Nataly, pág. 7)

E) RESIGNIFICACIÓN DE LA VIOLENCIA COMO UN PROBLEMA

Ante la violencia repetida, las mujeres se encuentran en un estado constante de alerta para protegerse del peligro al que están expuestas, lo cual desencadena reacciones físicas y emocionales asociadas a un malestar. Si bien, cinco de las siete entrevistadas presentaron Trastorno por Estrés Posttraumático y Depresión (calificadas de acuerdo al número de síntomas que presentan), las otras dos entrevistadas aunque no reúnen los criterios, presentaron síntomas como alteraciones en el apetito, alteraciones en el sueño, dificultad para moverse,

cansancio, fatiga crónica, desinterés por las actividades que antes le agradaban, angustia, *flashbacks*, sensación de que sus sentimientos están adormecidos, sentimientos de culpa, dificultad para concentrarse, deseos de hacerse daño o suicidarse, tristeza y nerviosismo. Las mujeres entrevistadas han *reconocido el malestar subjetivo asociado a su relación de pareja*, lo cual es expresado por algunas informantes así:

“pues eso me llegaba pero si al alma, con mucho dolor... a un extremo que yo empecé a caer en en neurosis ...con una una este... neurosis espantosa, quería en ese momento aventar todo, estrellar todo... no sé una cosa horrible” (Rocío, pág. 2)

“tomaba naproxen 3 pastillas al día, me dolían huesos, cabeza y todo, la cosa es que yo tomaba 3 pastillas al día, gracias a Dios cuando yo llegué al grupo de 24 horas me hicieron ver que no era enfermedad, que los dolores eran mentalmente porque yo lo que tenía era dolor en el alma”. (Rocío, pág. 19)

“no sé realmente qué pasa conmigo porque realmente yo no me siento... de repente me entra un miedo de sentimiento así... mucha angustia, mucha desesperación, con ganas de salir corriendo” (Casandra, págs. 10-11)

De esta manera, el reconocimiento de este malestar se conjuga con los factores impulsores mencionados anteriormente, es decir el apoyo de personas cercanas, la información acerca de servicios a donde acudir, y en algunos casos la escalada de la violencia y la violencia en contra de los hijos; lo cual les permite hacer una valoración de la situación que están viviendo convenciéndose de que el agresor no va a cambiar a pesar de las promesas de cambio. En relación a esta *valoración de la violencia como un problema*, las informantes comentan:

“¿qué espero yo? una mentada de madre cada fin de semana, una mentada de madre cada fin de quincena porque no hubo toper de comida, es lo único que puedo obtener de él, pues por lo tanto no quiero eso, ay nos vemos... para mi todo eso era llanto, era dolor... entonces digo ya como que ya” (Rocío, págs. 4 y 5)

“ya no estoy dispuesta a que me vuelva a golpear, ya no lo voy a este... ya no lo voy a tolerar a que me vuelva a golpear” (Claudia, pág. 9)

“ya quiero cambiar, quiero que mi hija este bien, y a parte ya venía otro bebé y si realmente él me quisiera no me golpearía” (Casandra, pág. 8)

“y porque la verdad no, yo no estoy.... conforme,.... siento que no es lo correcto pero no sé.... no sé como.... o sea no sé que hacer. Por eso fue que decidí.... pasar aquí y preguntar haber si ellos me ayudan, a ver qué me pueden decir, qué puedo hacer. Porque no no quiero estar con esa sensación. Yo ya llevo muchos años así” (Norma, pág. 5)

“no sé, he sido tonta.... pues.... de que todo le he aguantado,.... mjum. y sí fue muy.... ya no puedo más.... siento quererlo pero en el momento cuando lo veo a veces lo odio” (Nataly, pág. 8)

Este proceso puede durar años pero una vez que han hecho una valoración de la situación, el siguiente paso es romper el silencio y renombrar la situación que vivían. En este proceso juegan un papel importante otras personas como la familia que validan el sufrimiento vivido y le otorgan un nombre. En ocasiones, este nombre es puesto desde fuera del núcleo familiar, cuando las mujeres ya han acudido a servicios de ayuda formal. Al respecto, una informante lo expresa así:

“me han ayudado a que me de cuenta que hay violencia y que no está bien, antes como que veía, me sentía como en un callejón sin salida, yo me cerraba las puertas, y aquí sí me han ayudado a eso, a darme cuenta que no debo permitir que me traten así” (Claudia, pág. 14)

Otra informante comenta:

“En que.... pues precisamente que el día que.... o sea yo ya lo había como que lo empezaba.... a asimilar, como que yo decía -no es que si es violencia, es que aquí hay violencia-, pero como que no lo aceptaba.... Y sinceramente todavía me cuesta aceptarlo, honestamente, como que digo -no, a lo mejor me estoy exagerando.... sinceramente, pero yo dije no esto es sí.... él no puede seguir así, a lo mejor si es violencia-, yo lo pensaba. Entons el día que me dijo mi concuña “es que.... es que es violencia- y yo decía -pero cómo crees.... si él no me esta pegando-.... -pero es que no nada más que te estén pegando, entiéndeme y tú tienes que hacerlo, y tú tienes que ver eso porque si él no pone de su parte tú lo tienes que ver- Ya te quedan pasan como unos tres meses.... y así quedamos. Y y y lo veía así como que de repente recordando ¿no? Cuando me.... cuando se le salen sus malas palabras.... y yo -no, pero por qué.... no pues yo creo que sí es violencia.... yo creo que si es violencia pero como que.... sí y como que.... hasta hace quince días que fue cuando.... cuando me dijo o sea lo mismo no, -eres una pendeja, eres

una estúpida, no sirves para nada, que esto, que lo otro-. Entonces -¡ah no!-, o sea me dolió mucho ¿no?” (Norma, págs. 20 y 21)

IX. 3.3 FACTOR PRECIPITANTE

Este se refiere a aquellos elementos que actúan como detonadores de la búsqueda de ayuda. No siempre existe un factor detonante de la búsqueda de ayuda, sin embargo se asocia a momentos en donde se rebasan los límites tolerados por las mujeres “**la gota que derrama el vaso**”. En el caso de las informantes, este se asoció a episodios en situaciones límite como sucesos de violencia ante más personas o durante el embarazo. Así lo expresan las informantes:

“cuando él me iba a dar un trancazo, yo me paré, y mi cuñado le dijo -¿qué pasó carnal?-, -¿cómo que qué pasó?, ¿qué no conoces a la clase de puta que tengo como esposa- (llora) y esa fue la gota que derramó el vaso, él se puso como loco y me quería pegar, mi cuñado me dijo -déjalo ya, está borracho- y empezó a gritar como loco -no, vean a la clase de puta que tengo yo en la casa, a poco creen que es tan decente como se ve-, después de muchas majaderías, me metí para la casa de mi comadre y mi cuñado lo calmó, pero ahí fue donde tomé la decisión y me vino una fuerza interior, yo pensé, yo valgo como mujer, yo puedo, ¿por qué he dejado que me trate como lo peor?. Entonces ahí tomé la decisión de irme de la casa” (Claudia, pág. 5)

“pues la verdad ahorita del último golpe no me siento igual con él, o sea lo siento como... como pareja yo ya no siento nada, lo que es que me pegó cuando estaba embarazada y por una tontería y ahí decidí que ya no más” (Casandra, pág. 7)

Estos factores se articulan con los factores impulsores alentando a las mujeres a buscar ayuda para que la violencia se detenga.

IX. 3.4 RUTA CRÍTICA

Como se mencionó anteriormente, la ruta crítica hace referencia a la “lógica de decisiones con respecto a la **búsqueda de ayuda**, las acciones y reacciones de las mujeres afectadas, así como la de los factores que intervienen en ese proceso”. (Sagot et al., 2000, pág. 113). Se trata

de un proceso no lineal, que se construye a partir de la decisión de buscar ayuda o romper el silencio, las acciones realizadas en esta búsqueda, así como las respuestas encontradas.

En el siguiente cuadro se muestra el tiempo que tardaron las mujeres entrevistadas en pedir ayuda formal, los lugares a los que acudieron, así como la existencia o no de un factor precipitador.

Cuadro 17. Ruta Crítica

Informante	Factor precipitador de la búsqueda de ayuda formal	Tiempo que tardó en buscar ayuda formal	Búsqueda de ayuda informal	Lugares en donde pidió ayuda (Motivo principal por el que acudió)
Rocío	No	24 años	Vecina Conocida	1. Grupo 24 hrs: Violación x desconocido 2. UAPVIF: Violencia de pareja 3. UAPVIF: Violencia de pareja
Claudia	Episodio de violencia ante personas	27 años	Papás Hermana	1. UAPVIF: Violencia de pareja
Rosa	Episodio de violencia	25 años	Mamá Hermanos	1. Delegación 2. UAPVIF
Ana	Escalada de violencia y episodio de violencia	22 años	Cuñada Amiga	1. UAPVIF: Violencia de pareja 2. Centro de Atención Juvenil: problema de adicciones de su esposo 3. Terapia en el Palacio de Justicia de Aguascalientes: Violencia de pareja 4. Inmujeres: Violencia de pareja 5. UAPVIF: Violencia de pareja
Cassandra	Episodio de violencia durante el embarazo	5 años	Mamá	1. UAPVIF: Violencia de pareja
Norma	Episodio de violencia	15 años	Suegra Cuñada	1. UAPVIF: Violencia de pareja
Nataly	No	12 años	Mamá	1. UAPVIF: Violencia de pareja

Las mujeres entrevistadas se caracterizaron por tener rutas críticas largas (4 a 15 años). Todas las trayectorias recorridas son diferentes, pero tienen en común que su inicio se marca tras episodios de violencia que ellas definieron como límite, y que recurrieron en primera instancia con las personas cercanas (primordialmente la familia de ella) en busca de ayuda.

En cuanto a la búsqueda de ayuda formal, esta ocurre después de años de maltrato (entre 12 y 27), excepto una de ellas que pidió ayuda formal cinco años después de iniciada la violencia. Resalta el hecho de que aunque las entrevistadas relatan la severidad de la violencia, no acudieron al sistema de salud o judicial, sino que buscaron la ayuda de sus familiares o amigos en primera instancia. En los casos en que sí obtuvieron apoyo, este fue primordialmente emocional validando la existencia de un problema y aconsejándolas sobre qué hacer, desde

separarse de su agresor hasta pedir ayuda. En tres casos, el apoyo fue instrumental ya que regresaron a vivir con sus padres de manera temporal.

En general, existe un desconocimiento de los lugares a donde acudir en buscar de ayuda; todas las informantes acudieron a la UAPVIF por recomendación de algún familiar (mujer), principalmente madres, hermanas y cuñadas, quienes a su vez se enteraron por alguna conocida. En todos los casos, la información que tenían sobre la UAPVIF fue que “es un centro de ayuda para la mujer” y acudieron con la expectativa de que la violencia se detuviera.

Sin embargo, el hecho de acudir a una Institución no garantiza que la violencia se haya detenido: en todos los casos se muestra la dificultad de separarse de su agresor puesto que en múltiples ocasiones huyen de la situación de violencia y regresan con él tras promesas de cambio, por lo que las trayectorias no son lineales. Y en dos de los tres casos en donde las mujeres se encuentran separadas actualmente de su agresor, siguen manteniendo contacto con él por sus hijos o motivos económicos por lo que las amenazas continúan.

X. DISCUSIÓN

El objetivo general del presente estudio fue identificar los factores que se asocian a la búsqueda de ayuda, así como la lógica de decisiones y acciones seguidas en esta búsqueda, a la que denominamos ruta crítica. Para lo anterior, se entrevistaron a siete mujeres que acudieron a la Unidad de Atención y Prevención a la Violencia Intrafamiliar UAPVIF-Tlalpan al servicio de Asesoría Psicológica. Recordemos que las UAPVIF se construyen a partir de la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar, brindando de manera gratuita atención psicológica y jurídica a los receptores de la violencia familiar, así como agresores o familiares involucrados; siendo la UAPVIF Tlalpan una de las que tienen mayor demanda.

La incidencia más alta de casos atendidos en las UAPVIF se refiere a la violencia que ocurre en la relación de pareja, particularmente a la violencia de los hombres sobre las mujeres, representando el 90% (Araujo, 2006). Siendo la desobediencia, los problemas económicos y los celos, las razones que las informantes refieren como motivos para que se genere la violencia, lo cual concuerda con lo reportado por las informantes de este estudio. Situaciones como éstas permiten suponer que las mujeres son violentadas por sus parejas por ser consideradas como objetos a los que se quiere poseer y controlar, lo que -como se discute más adelante-, favorece la normalización de la violencia.

Las edades de las mujeres fluctúan entre 21 y 55 años; y en cuanto al estado civil, cuatro viven en unión libre y tres están casadas, únicamente tres de ellas están separadas. La escolaridad en general es baja y en su mayoría no tienen una actividad remunerada, y si la tienen es mal pagada; perfil que concuerda con el reportado por las UAPVIF. Lo anterior, evidencia una situación de vulnerabilidad, que como se discute más adelante, aparece como un inhibidor de la búsqueda de ayuda formal, ya que el trabajo doméstico, tiene un nulo reconocimiento social y una inexistente gratificación económica, lo que también parece incidir en la presencia de la violencia pues las mujeres se encuentran sin recursos objetivos y subjetivos que les permiten considerarse sujetos de decisiones en la relación. Entonces no es de sorprenderse, que el pico de denuncia más alto se encuentra en las mujeres de entre 30 y 35 años, periodo en el que los hijos comienzan a crecer, lo cual podría suponer también una menor dependencia económica y emocional a su pareja.

La presentación de la discusión se organiza en torno a dos grandes apartados: *los factores que impiden que una mujer busque ayuda*, en donde se ubican los factores inhibidores; y *los factores que la impulsaron a buscar ayuda*, donde se ubican además de los impulsores, los factores precipitantes y la ruta crítica.

Es importante señalar la existencia de diversos factores estructurales (macrosistema) relacionados con la organización social donde se incluyen las creencias y valores culturales acerca del hombre, la mujer, la familia y la violencia; factores institucionales (exosistema) relacionados con la disponibilidad de aspectos instrumentales que permiten o no, hacer frente a la problemática que viven las mujeres; factores familiares (microsistema); y factores individuales, que desde la perspectiva de las mujeres, habían contribuido a que se quedaran en la relación violenta, y/o que posteriormente las llevaron a buscar una ayuda formal. Estos factores se describen y evalúan en la discusión con la finalidad de hacer una aportación en torno a lo que podría utilizarse para la prevención primaria, secundaria y terciaria del problema de la violencia doméstica desde la mirada de las propias mujeres que la han padecido.

X.1 ¿QUÉ IMPIDE QUE UNA MUJER QUE VIVE VIOLENCIA BUSQUE AYUDA?

Desde el nacimiento y durante el desarrollo, los seres humanos están sujetos a una constante interrelación con un orden cultural específico. De esta manera, el conocimiento humano se da *a priori* de la experiencia individual, proporcionando su ordenación de significado, un significado marcado fuertemente por el género. Es decir, hombres y mujeres aprehenden la realidad de la vida cotidiana como una realidad “objetiva”, puesto que existe un orden de objetos que han sido designados como tales antes de la existencia individual, en donde “las cosas están dispuestas de antemano” en pautas que parecen independientes de la persona y donde la familia -como principal mediadora entre la cultura y los individuos- será la encargada de la socialización y la transmisión de códigos, valores y expectativas culturales acerca de lo que “debe de ser” un hombre y una mujer para ser aceptados en la sociedad, estableciendo actividades, espacios, obligaciones y recursos desiguales de acuerdo al sexo de pertenencia, que inciden en la subjetividad y definen el lugar que hombres y mujeres ocupan en el mundo, así como sus posibilidades de acción. Estas prácticas que atraviesan a los sujetos tienen un efecto normativo o determinante en la vida, puesto que modelan las posibilidades de mirar y actuar. De esta forma, todo sujeto es entrenado para reproducir el orden social existente, ya que su trasgresión implicaría un castigo que va desde la exclusión, hasta incluso la muerte.

En este estudio, se observó que precisamente las creencias, valores y normas culturales en torno a la violencia eran “personificadas” en la subjetividad de cada una de las mujeres. Aunque únicas en su identidad, las mujeres reflejan en su discurso la reproducción de este orden cultural signado por el género.

Son tantas las creencias que impiden mirar la violencia doméstica como un problema, que no es de sorprender que el *permanecer* en una relación violenta sea más bien lo “común y corriente” en nuestra sociedad. Los resultados de este estudio muestran que uno de los factores que inhibieron la búsqueda de ayuda de las informantes fue la creencia de que *la violencia es algo normal en la relación de pareja* por lo que su reconocimiento como un problema ocurre años después de vivir violencia. Se trata de interacciones caracterizadas por agresiones pero que son vistas como algo normal e inherente a la relación de pareja, y que por lo tanto que no son cuestionadas.

Al respecto, investigaciones como la de Valdez Santiago et al. (1996) y la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (2003) han documentado que un gran porcentaje de las mujeres que se identificaron como víctimas de violencia doméstica por medio de una escala, no lo reportaron cuando se les preguntó de manera directa puesto que es una práctica altamente normalizada y aceptada. Esto concuerda también con los estudios realizados por Miranda et al. (1998) y Cervantes, Ramos y Saltijeral (2004) que documentan que la violencia es aceptada cuando las mujeres no realizan las funciones que socialmente le son asignadas o cuando contradicen a su cónyuge.

En relación con ello, Fernández (1998), Buenaventura (1990); De Oliveira (1998) y Zurutuza, (1993) establecen que la violencia es un mal empleo del poder de los hombres que ven legítimo ejercer opresión violenta sobre la mujer, siendo una práctica altamente naturalizada. Por lo tanto el silencio en torno a la violencia es producto de mecanismos que sostienen, producen y legitiman relaciones desiguales entre hombres y mujeres y que inciden en su subjetividad. Esto puede deberse a que el peso que culturalmente se les otorga a las mujeres en el sostenimiento de la relación de pareja es tan grande que solamente algunas pueden cuestionar la violencia que padecen. Al respecto Fernández et al. (1998) comenta que la opresión de género es invisibilizada y naturalizada de modo tal que es en extremo difícil reparar en ella, por lo que su reconocimiento como un problema ocurre muchos años después de vivir violencia. Se trata de interacciones en las que la violencia es una constante, de modo que los maltratos llegan a

formar parte de la cotidianidad de la relación de pareja y son normalizados, percibiéndose como actos que acompañan a la relación amorosa. Y que de acuerdo con Sagot et al. (2000), se condiciona a las mujeres a adaptarse a la situación de violencia mediante la consideración de que es algo “natural”, de ahí que las informantes consideraran que no tenían opción debido a su posición, consideran que “las cosas son así” por lo que durante años “aguantaron”. Esto concuerda con un estudio realizado por Miranda et al. (1998), que refiere que la respuesta generada por las mujeres que viven violencia es “aguantar” debido a que fue “su suerte” que les tocara un hombre que las maltratará.

Sin embargo, la dificultad de reconocer el problema no es el único factor que inhibe que las mujeres busquen ayuda, puesto que una vez que han identificado la existencia del maltrato, la creencia de que *“lo que sucede al interior de la familia es privado”* es un fuerte inhibidor. Estudios realizados por Sagot et al. (2000); y Fernández, Herrero, Buitrago et al. (2003) lo confirman. Esto coincide con lo escrito por Buenaventura (1990), quien comenta que existe la idea de que la violencia es un asunto privado y que por tanto debe resolverse en el mismo lugar donde se produce. Por otra parte, creencias culturales como que el “matrimonio es para toda la vida”, la idea de “mantener a la familia unida”, el “miedo a estar sola” o a “no poder enfrentar sola las responsabilidades de la casa y de los hijos” actuaron como poderosos factores inhibidores en la búsqueda de ayuda formal en las mujeres entrevistadas.

En este sentido, parece existir un consenso en el hecho de que pese a la conquista de espacios públicos de las mujeres, históricamente, el hogar se convirtió en su ámbito de desarrollo y satisfacción, constituyéndose el ideal maternal como el fundamento estructural de la subjetividad femenina. Fernández et al. (1998) comenta que la modernidad produce “el discurso heroico del amor” que resalta la unión indisoluble y el ideal de armonía, que mediante el apego excesivo de la mujer a su rol corre el riesgo de permanecer en un estado de inconciencia respecto a ella misma, tomando como únicos ideales el matrimonio y la maternidad, lo que ha propiciado poca conciencia respecto de ella misma, lo que vuelve muy difícil pensar en la existencia de la violencia. Es así como este tipo de creencias son fuertes inhibidores de la búsqueda de ayuda ya que si intentara dejar la relación estaría atentando contra los mandatos sociales sobre la familia y el matrimonio que son fundantes de la identidad femenina (Sagot et al., 2000).

Esta realidad de la vida cotidiana se presenta como un mundo intersubjetivo, es decir un mundo que se reafirma continuamente en la interacción de las entrevistadas con los otros. De esta manera, todo individuo es un ser social en tanto se haya inscrito o pertenece a un orden social en donde se desenvuelve en y dentro de relaciones y discursos de poder que mediante prácticas cotidianas y el lenguaje marcan lo que es, lo que debe ser y los límites de lo que puede ser. En otras palabras, en el contacto con los otros, primordialmente con los padres, mediante el proceso de socialización se transmite un mundo que se *aprehende* como *la realidad*, se trata de un orden preestablecido que no es cuestionado puesto que no existe la referencia de otra realidad, es vivida como la única realidad. “La realidad de la vida cotidiana se da por establecida como realidad” (Berger y Luckmann 1993, pág. 41). De esta forma, lo que las informantes “conocen” como “la realidad” de su vida cotidiana está caracterizada por interrelaciones dentro de la pareja cargadas de “*agresividad*”, “*pleitos*” e “*insultos*” como ellas lo nombran. Situación que ha prevalecido a lo largo de su vida, puesto que seis de las siete mujeres poseen una historia, desde la infancia, caracterizada por la violencia en sus relaciones familiares e íntimas.

El hecho de que tener *experiencias previas de violencia en la familia de origen* se haya configurado como un factor inhibitorio del reconocimiento de la violencia y de la búsqueda de ayuda puede entenderse desde al menos dos ángulos. El primero tendría que ver con la propuesta constructivista de Berger y Luckmann (1993), quienes comentan que el mundo que los padres y otros significativos presentan a los hijos “... se vuelve real de una manera masiva y ya no puede cambiarse fácilmente, para los hijos en la primera fase de su socialización se convierte en el mundo, se les aparece como una realidad dada que, al igual que la naturaleza es opaca en algunas partes” (págs. 80 y 81). Este conocimiento, se internaliza como la verdad en el curso de la socialización y aparece como una realidad inevitable. De esta forma, el haber presenciado situaciones de violencia en su familia posiblemente se presenta como “lo que es”, haciendo difícil visualizar otras opciones de vida.

El segundo ángulo hace referencia al impacto traumático de la violencia en edades tempranas, ya que como se documenta en diversos estudios las experiencias de abuso físico y sexual en la infancia incrementan el riesgo de experimentar diversos problemas de salud mental, incluyendo trastornos psiquiátricos en la adolescencia y en la edad adulta (Caballero, 2002; González-Serratos, 2004; Bulik, 2001; Garbarino, et. al, 1999; McMillan, 2001). En este sentido, uno de los efectos postraumáticos de la exposición a la violencia, es la reproducción de la misma

dentro o fuera del ámbito familiar (Hena Escobar, 2005), estando las mujeres en una situación de mayor riesgo de involucrarse en relaciones violentas como *víctimas* precisamente por la mencionada socialización de género.

Estas legitimaciones son aprendidas y transmitidas vía el lenguaje que también es un poderoso inhibidor puesto que cuando las mujeres han logrado reconocer que existe un “problema” y deciden buscar ayuda, en ocasiones se encuentran con *la falta de apoyo de sus familiares*, quienes las presionan a continuar en esa relación puesto que las creencias culturales también inciden en ellos. Esto coincide con lo encontrado por otros estudios como el de Hartigan (1997), Miranda et. al. (1998) y Sagot, et al. (2000) en donde la familia tiene una influencia decisiva en la permanencia de las mujeres en relaciones violentas puesto que esta institución legitima la violencia, las responsabiliza de la violencia cometida o les aconseja “aguantar”.

Una vez que las mujeres han vencido los factores que inhibían el hecho de buscar ayuda, se encuentran con otro obstáculo, *no existe la suficiente información sobre lugares a donde acudir*. Esto concuerda con lo reportado por otros estudios (Sagot, et al. 2000; Fernández, Herrero, Buitrago, et. al. 2003) que establecen que el no saber a quien dirigirse desalienta a las mujeres en su decisión de buscar opciones.

En este sentido, como ya ha sido documentado por diversos autores (Fernández 1998; De Oliveira 1998; Zurutuza 1993; Ramos et al. ,2002; Corsi 1998) aunque la violencia doméstica forma parte de un problema social de grandes dimensiones, tiene como característica estructural su invisibilidad, al formar parte de un contexto sociocultural donde se tolera y naturaliza, dificultando su reconocimiento. Estas representaciones en torno a la violencia y su naturalización (macrosistema), son factores que median no sólo las percepciones y acciones de las mujeres que viven violencia (nivel individual), o en las percepciones de su red cercana (microsistema), sino que también se cristalizan en la información y prácticas al interior de instituciones y prestarios en los espacios de salud y de justicia (exosistema). Como fue establecido en uno de los supuestos teóricos, otro de los factores que desalentó a las mujeres a continuar su ruta crítica fueron las respuestas inadecuadas de prestarios de salud y justicia quienes en ocasiones no creen o consideran que las mujeres pueden abandonar la relación cuando ellas lo decidan sin considerar todos los factores que actúan en su contra. Hecho que ha sido documentado por Hartigan (1997); Sagot et al. (2000), Méndez et al. (2003) y Valdez, (2004), quienes concluyen que las experiencias de haber pedido ayuda y no haberla

encontrado, y la falta de empatía con los prestatarios sociales, revictimizan a las mujeres y las desalientan en su ruta crítica.

Otro factor que posibilita el hecho de que las mujeres de este estudio permanezcan en una relación violenta es como ya se mencionó, la falta de recursos económicos, puesto que la mayor parte de las informantes no tienen un empleo estable, dependen económicamente de su pareja, por lo que no cuentan con recursos suficientes para independizarse y poder asumir la manutención de sus hijos; situación que ha sido ampliamente documentada en otros estudios. (Sagot et al., 2000; Fernández, Herrero, Buitrago et al., 2003, Lewis 2003). Al respecto, Ferraro y Johnson (1983) comentan que la mayoría de las mujeres casadas adoptan el rol de esposas y madres como su identidad primaria, incluso cuando trabajan fuera de casa, por lo que siguen siendo económicamente dependientes de sus maridos.

El miedo a las represalias del agresor una vez que han decidido buscar ayuda aparece como otro factor que imposibilita u obstaculiza la búsqueda de alternativas. Se trata de un miedo real que se basa en la potencialidad de hacer daño a ellas o a sus hijos sin castigo alguno que encuentra sustento en experiencias previas, puesto que la violencia ha aumentado cuando las informantes han decidido irse. Esto ha sido también encontrado en otros estudios (Sagot et al. 2000; Fernández, et al. 2003, Lewis 2003).

A lo largo del análisis se identificaron otros factores relacionados con situaciones individuales que se actúan como inhibidores para pedir ayuda formal tales como el señalar que la pareja se disculpaba por lo ocurrido, el que la violencia no sucediera todo el tiempo, o el que las mujeres percibieran que no era tan grave el problema que vivían. Dichos factores los consideramos como producto de la dinámica de la violencia, y coinciden con las razones que en otros estudios las mujeres han dado para permanecer en relaciones violentas (Sagot et al.2000; Fernández, et al. 2003, Lewis et al. 2003).

El abuso crónico, como lo es la violencia doméstica, repercute en diferentes áreas de la vida de las mujeres: en el afecto, en el pensamiento y en el comportamiento generando entrampamientos psicológicos que vuelven difícil el reconocimiento de la violencia como un problema. Esto se debe a que las experiencias de violencia vivida por las entrevistadas responden a patrones cíclicos en los que existen fases de violencia, seguidas por episodios de arrepentimiento, ante lo cual las informantes esperan que su pareja cambie, lo que posibilita la

continuación en la relación violenta puesto que esperan revivir “*los tiempos buenos*”, respondiendo a los episodios de violencia y amor sin reconocer que se trata de un ciclo (Walker 1989, Dutton y Painter, citados por Ramos 2002). Sin embargo se encuentran en una situación de constante estrés ya que existe un peligro potencial de muerte o daño, por lo que las mujeres generan distorsiones cognitivas como mecanismos de defensa ante la violencia, tales como la minimización y negación de la violencia, justificando el proceder de su agresor, y en consecuencia, dificultando la búsqueda de ayuda (Graham et al. 1994).

Lo anterior nos permite reflexionar en la cantidad de obstáculos con los que tienen que lidiar las mujeres y que las acompañan en todo el proceso de la ruta crítica, desde reconocer el problema hasta enfrentarlo, por lo que lo raro es que teniendo todo en contra, pidan ayuda, situación que deben tener en cuenta los prestatarios de salud para así realmente ayudarlas en el proceso. Como lo establece Claramunt (1999) el encuentro de los prestarios de servicios con las mujeres maltratadas tiene lugar durante los momentos de crisis por lo que debe verse como una oportunidad para ofrecer opciones que aumenten su seguridad personal y movilicen todos sus recursos disponibles, con el fin de que se puedan implementar todas las medidas que les posibiliten una vida libre de violencia.

X.2 ¿QUÉ IMPULSA EL HECHO DE QUE UNA MUJER QUE VIVE VIOLENCIA BUSQUE AYUDA?

“En tanto las rutinas de la vida cotidiana prosigan sin interrupción, serán aprehendidas como no problemáticas” (Berger y Luckmann 1993, pág. 42) lo cual garantiza su continuidad. Dado que la constante en las relaciones de pareja de las entrevistadas es la violencia, ésta aparece como lo natural, lo que no es cuestionado puesto que implica un “equilibrio” (aunque no sea visto así por quienes miramos desde fuera) por lo que se requiere de factores que rompan esa cotidianeidad y aparezcan como la luz roja que indique un problema: “la violencia”. A lo largo del análisis, se identificaron una serie de factores que rompen con la rutina de la violencia que viven estas mujeres y actúan como impulsores de la búsqueda de ayuda, entre ellos se encuentra algunos relacionados con la misma pareja como el aumento en la intensidad de la violencia, un cambio en los recursos disponibles como puede ser apoyo de las personas cercanas o información. No obstante, es necesario que se valore la situación que se vive en la pareja, en otras palabras que se advierta un problema y se le nombre, es decir que se *resignifique la violencia*.

Ante la violencia crónica, las mujeres se encuentran en un estado de constante estrés lo cual desencadena reacciones físicas y emocionales asociadas al Trastorno por Estrés Postraumático y Depresión, como alteraciones en el apetito, en el sueño, dificultad para moverse, fatiga crónica, desinterés por las actividades que antes les gustaban, flashbacks, sentimientos de culpa por la situación que están viviendo, deseos suicidas, entre otros. *Reconocer que este malestar está asociado con una situación de violencia en la relación de pareja* es el primer paso para iniciar una ruta crítica cuyo inicio es romper el silencio, generalmente con la familia.

Ante la violencia repetida, las mujeres se encuentran en un constante estado de alerta, lo cual desencadena consecuencias en su salud física y mental, como la sintomatología depresiva y el trastorno por estrés postraumático que pueden actuar en un doble sentido pues si bien en muchas ocasiones estos problemas impiden el reconocimiento de la violencia, en otros casos pueden servir como impulsores, ya que a causa del reconocimiento de este malestar, las mujeres acudieron en busca de ayuda.

Aunado a esto, cuando las mujeres se dan cuenta que las distintas estrategias empleadas (quedarse calladas, hablar con la pareja, cumplir con las peticiones que la pareja les hace, y aislarse) no aminoran la violencia, y los episodios de amabilidad o amor tienden a ser más cortos o menos frecuentes, empiezan a *convencerse de que el agresor no va a cambiar* y que la violencia no va a terminar, sino que al contrario existe una escalada en la intensidad de la violencia o cuando ésta se dirige en contra de los hijos como se postuló en uno de los supuestos. De la intensidad de la violencia como factor impulsor, un estudio realizado por Miranda y Tuñón et al. (1998) encontró que el hecho de que cuando la violencia se tornó más severa y las heridas imposibilitaron a las mujeres a realizar sus actividades cotidianas, fue un factor decisivo para que las mujeres decidieran buscar ayuda. En este mismo sentido, Ferraro y Jonson et al. (1983) comentan que la severidad del abuso es un factor importante en la decisión de dejar relaciones violentas puesto que se pierden las esperanzas de que “todo irá mejor más adelante”. Estas racionalizaciones sobre la violencia les permiten reconocer su victimización.

Se trata de un estado de saturación con la situación que permite el inicio de la ruta crítica cuando las mujeres cuentan a otros la situación que están viviendo. Esta sensación de saturación con la situación ha sido ampliamente documentada en un estudio sobre ruta crítica realizado por Sagot et al. (2000).

En otros casos existe un cambio en los recursos con que cuentan las mujeres, como el *apoyo de la familia* una vez que se ha roto el silencio o la familia se ha dado cuenta de la situación. El sentir que cuentan con el apoyo de la familia o amigos, aminora la dependencia emocional o económica en la que se encuentran las mujeres, ya que validan el “padecer” que viven. En ocasiones es la familia o amigos quienes renombran el “problema” y las orientan sobre qué hacer. Estos consejos van desde dejar al agresor, hasta poner una demanda o acudir a algún lugar en busca de ayuda. Aquí es decisivo el apoyo de los hijos, que en la mayoría de los casos de este estudio son mayores de edad e impulsan a sus madres a no tolerar la situación. Esto coincide con lo reportado por Ferraro et al. (1983) quienes consideran que las mujeres pueden reinterpretar la violencia que viven cuando tienen recursos que les permitan escapar de la situación.

En muchos casos, la información de los lugares a los que las mujeres han acudido, incluyendo la UAPVIF, viene de la familia o amigos a los que las mujeres han contado su situación, quienes a su vez se han enterado de su existencia por recomendación de alguien conocido. Sólo en la minoría de los casos, la información provino de algún folleto de la Institución que fue entregado por familiares.

Al respecto, Sagot et al. (2000) muestra que tanto la información exacta sobre violencia y servicios a donde acudir en busca de ayuda, el apoyo de personas cercanas y los recursos con los que cuenten las mujeres son factores que impulsan el inicio de la ruta crítica.

No obstante, aún cuando se ha iniciado una búsqueda de ayuda informal, es decir las informantes han pedido ayuda a personas cercanas como familia o amigos, y han recibido apoyo de ellos, las mujeres continúan en la relación sin que la violencia se haya detenido.

En algunos casos, existe un factor que precipita el hecho de que las mujeres busquen ayuda, en palabras de una informante hay “*una gota que derrama el vaso*” y que está asociada a episodios en donde la violencia rebasa los límites tolerados por las informantes. Cabe resaltar, que así como las creencias en torno a la familia y la pareja, tales como “la violencia como un asunto privado”, tienen un fuerte impacto como inhibidores, su trasgresión se asoció a los episodios que las mujeres califican como límite o más fuertes en contraposición con aquellos que pusieron en riesgo su vida y que quienes estamos afuera juzgaríamos más graves. De esta forma, cada mujer comenta que existieron momentos clave que les permitieron “*abrir los ojos*” y

fueron un punto crucial en su decisión de buscar ayuda formal, por ejemplo en el caso de una informante un suceso de violencia durante el embarazo y en el caso de otra un suceso de violencia ante más personas rompiendo así con la idea de que lo que ocurre en la familia es privado. En este sentido, el hecho de que la violencia ocurra en presencia de otros, permite reinterpretar el problema. El maltrato en privado es degradante pero el maltrato en público es humillante, porque es una declaración de subordinación y sometimiento; hacer que otros atestigüen el abuso puede crear sentimientos intolerables de vergüenza que se convierten en detonantes de la búsqueda de ayuda (Ferraro et al. 1983).

Lo anterior permite que las mujeres puedan resignificar la situación que están viviendo y construir una noción de la “violencia como un problema” lo cual les permite buscar ayuda formal. En esta resignificación, como se mencionó anteriormente, las personas cercanas a las informantes juegan un papel esencial ya que la noción de “violencia” viene introducida por ellos, y en otros casos es al haber acudido a una Institución lo que les permite nombrar a la situación de “agresividad”, “insultos”, “pleitos”, como lo llaman las informantes, como “violencia”. Fue común escuchar que no sabían que lo que vivían era “violencia” hasta que llegaron a las Instituciones en busca de ayuda. Esto coincide con lo que, Valdez, Hajar, Ávila et al. (2004) comentan ya que para que una mujer pueda reconocer una relación violenta se requiere que haya hecho, por sí misma o con ayuda profesional, un proceso de reconocimiento de la situación que está viviendo, es decir asumirse como mujer maltratada o asumir que su pareja es violenta o que está en una relación de maltrato, lo cual le permitirá buscar alternativas ante esta situación. Esto coincide también con lo establecido por Mechanic (1968) en relación a la necesidad de que el paciente, en este caso la mujer, identifique la “enfermedad”, es decir la violencia como un problema, y que está condicionada por el grado en el que los síntomas (consecuencias de la violencia) son percibidos como serios, y la tolerancia de los demás a la enfermedad (violencia) entre otros. “También se debe considerar la voluntad del consumidor potencial de recibir atención, la cual dependa de su actitud y su conocimiento acerca de la atención de salud así como de las definiciones sociales y culturales de la enfermedad que el individuo ha asimilado” (Aday y Andersen, pág. 605).

Por lo que es necesario que las mujeres validen el “diagnóstico” que la Institución les ofrece, es decir que es fundamental para la permanencia en este tipo de Instituciones, como lo es la UAPVIF, que exista una negociación entre la forma en que la Institución nombra al problema que las mujeres viven y lo que las mujeres asumen como lo que les pasa. Esto es expresado en

frases como: *“aquí me han ayudado a que me de cuenta que hay violencia y que no está bien, antes como que veía, me sentía como en un callejón sin salida, yo me cerraba las puertas, y aquí sí me han ayudado a eso, a darme cuenta que no debo permitir que me traten así”*.

Sin embargo, el hecho de haber buscado ayuda formal, tampoco garantiza que la violencia se detenga ya que en la mayoría de los casos, las informantes a pesar de encontrarse acudiendo a una institución o haberse separado de su agresor, refirieron haber regresado con su pareja. De ahí que la ruta crítica no es un proceso lineal que pueda ser visto como A entonces B, se trata de un proceso complejo que ilustra la lógica de las mujeres al tomar decisiones en cuanto a la violencia vivida, las idas y vueltas en el proceso de buscar alternativas, y que para quienes lo miramos puede estar lleno de contradicciones. “La carrera emocional de la mujer maltratada consiste en el movimiento de la sensación de culpa, vergüenza y depresión a la de miedo, desesperación, cólera y confusión. Las mujeres que escapan de relaciones violentas deben tratar de ser fuertes, algunas veces contradictorias, deben intentar construir una nueva vida libre de violencia. La clase de respuestas que reciben cuando buscan ayuda determina los efectos de esos sentimientos en las subsecuentes decisiones” (Ferraro et. al. 1983, pág. 335).

La búsqueda de ayuda formal ocurrió en las entrevistadas después de años de maltrato (entre 12 y 27). Las rutas seguidas son largas en cuanto al tiempo (de 4 a 15 años), y tienen en común que iniciaron tras episodios de violencia límite, recurriendo en primera instancia a personas cercanas en busca de ayuda. En este sentido, Sagot et al. (2000) ha reportado que las acciones emprendidas por las mujeres no son lineales ni unidireccionales; sus experiencias hablan de avances y retrocesos en las trayectorias. El primer paso representa la búsqueda de ayuda informal, es decir romper el silencio con la familia, amigos o vecinos; posteriormente y no en todos los casos, se acude a centros de salud o delegaciones.

Con relación a la disponibilidad de los servicios, el problema radica no en el hecho de su accesibilidad geográfica, financiera u organizativa, sino en el hecho de que las mujeres a pesar de calificarlos así, no acuden a ellos. Podemos pensar que esto se debe a la mala accesibilidad cultural (en algunos casos) o en la prácticamente inexistente información acerca de ellos. Sin embargo esto deberá ser estudiado en futuras investigaciones.

X.3 REFLEXIONES SOBRE LA METODOLOGÍA

La aproximación metodológica cualitativa, específicamente el método de la Teoría Fundamentada fue idónea para explorar los factores que inciden en el hecho de que una mujer busque ayuda, así como la ruta crítica seguida en este proceso, ya que nos permitió “aprehender” los significados que las informantes atribuyen a la violencia. El análisis de los datos generados en este trabajo nos permite adentrarnos en el discurso de las mujeres, y explorar cómo significan la violencia, su relación de pareja, y conocer los recursos con lo que cuentan o no las entrevistadas. De acuerdo con Mayan et al. (2000) esta aproximación metodológica nos permitió conocer los puntos de vista de las informantes acerca de “sus mundos” descritos en “sus propias palabras”.

Esto me ha permitido reflexionar sobre lo que tienen en común, las diferencias y las particularidades que poseen las mujeres. En común, poseen la influencia que tienen aspectos estructurales de la cultura que son interiorizados sin que exista un reconocimiento de estos, tales como creencias sobre la mujer, el hombre, la familia y la violencia y que marcan una cosmovisión. Sin embargo cada mujer enfrenta el problema dependiendo de su situación personal: edad, historia familiar, escolaridad, ocupación, número y edades los hijos, y recursos con los que cuentan o no.

Es importante señalar que el universo de este estudio se encuentra doblemente seleccionado, se trata de mujeres que ya acudieron en busca de ayuda (lo cual las hace distintas de quienes no han pedido ayuda, ya sea por el proceso recorrido o por los recursos con los que contaron) y por otra parte se trata de mujeres que decidieron hablar en este estudio (suponemos que han vencido nuevamente la barrera de la violencia como un asunto privado). Esto obedece no sólo al objetivo del estudio que fue conocer los factores que actuaron como impulsores o inhibidores de la búsqueda de ayuda, sino también a aspectos éticos.

La metodología empleada en esta tesis se apegó a lo señalado por Mayan (2000), Glaser y Strauss (1967), así como Ellsberg y Heise (2005), y el número de informantes fue determinado por el criterio de saturación de datos que nos permitió obtener muestras cualitativamente significativas por lo que consideramos que la información obtenida es válida.

Fue necesaria la revisión de los aspectos éticos a lo largo de la investigación, retos que se consideraron en la planeación de la estrategia metodológica, durante el trabajo de campo, y el

análisis e interpretación de los datos; puesto que se trata de un tema delicado. Durante la entrevista se rememoraron aspectos dolorosos para las informantes por lo que se buscó la contención en el grupo de Asesoría Psicológica, y en el transcurso se buscó ser sensible a esto y respetuosa de lo que las mujeres comentaron.

Por otra parte, durante el trabajo de campo me enfrentamos a situaciones que no habían sido contempladas desde la planeación, como el desgaste emocional sufrido durante la realización de las entrevistas, siendo necesario buscar contención o terapia para contrarrestar el miedo, enojo, impotencia, etc. surgidos a partir de los relatos de las mujeres entrevistadas.

Es importante señalar que para garantizar la confidencialidad de las entrevistadas se les pidió un seudónimo, sin embargo en contradicción con esto también se les pidió que firmaran un consentimiento informado. Por lo anterior, se recomienda que en futuras ocasiones el consentimiento informado se realice de manera verbal y sea grabado, lo cual permitirá garantizar la voluntad de los informantes de participar en la investigación así como la confidencialidad de la información obtenida.

El trabajo presentado fue el resultado de un ir y venir en el discurso de las informantes, y de una reflexión constante sobre la teoría, y mi propia implicación dentro de la investigación. Ya que es innegable que cómo sujeto social, es imposible escapar a aspectos estructurales como creencias en torno a las mujeres, los hombres, las relaciones de pareja y la violencia, entre otros. Como lo ha señalado Huacuz (2006) “Es imposible escapar permanentemente de las representaciones y prácticas epistemológicas del patriarcado y evadir los significados en la construcción de la visión de mundo de los sujetos inmersos en los procesos sociales. El lenguaje tiene límites en su necesidad de nombrar” (pág. 210). De ahí que fue fundamental a lo largo de la investigación, una reflexión constante sobre mi posición crítica respecto al tema y los referentes teóricos utilizados, así como la triangulación metodológica de la interpretación de los datos consistente en “cruzar” o comparar continuamente la información encontrada a lo largo del análisis con una experta en el tema, lo cual sugiere el debate, el análisis de los datos y contraste de los mismos, la revisión profunda teórica y metodológica.

Por lo que este trabajo es sólo una mirada al problema de la búsqueda de ayuda en mujeres que viven violencia doméstica, que busca aportar luz en este sentido.

XI. CONCLUSIONES

La violencia doméstica ha sido reconocida como un problema de salud pública por su magnitud, costos sociales, y efectos directos y acumulativos en la salud de las mujeres que la padecen. No obstante, como fue documentado anteriormente y de acuerdo con lo encontrado en este estudio, las mujeres suelen tardar años en buscar ayuda formal.

Esta situación nos permite regresar a la pregunta que guió esta tesis ¿Cuáles son los factores impulsores, inhibidores y precipitantes que se asocian con la búsqueda de ayuda en mujeres que experimentan violencia doméstica, así como la ruta crítica que inicia con esta búsqueda? Para responderla fue necesario considerar la existencia de diversos factores relacionados con la organización social como creencias culturales acerca del hombre, la mujer, la familia, y la violencia; factores institucionales; factores familiares y factores individuales que actúan en la subjetividad de las mujeres para impulsarlas u obstaculizarlas en la decisión de iniciar una ruta crítica. Factores que se situaron en distintos niveles, de acuerdo al modelo ecológico y que pretendemos ahora retomar para hacer algunas propuestas en torno a lo que podría utilizarse para la prevención primaria, secundaria y terciaria. El primer nivel de atención tiene como objetivo conservar la salud del individuo mediante la promoción para la salud; el segundo nivel de prevención tiene como objetivo limitar el daño por lo que las actividades deberán dirigirse a realizar una detección oportuna; mientras que el tercer nivel pretende reintegrar al individuo a la sociedad mediante la rehabilitación.

De acuerdo a lo encontrado en este estudio existen mucho más los factores inhibidores a los que se enfrentan las mujeres durante su ruta crítica que factores que las impulsen a buscar ayuda; desde la dificultad de asumir a la violencia como un problema y en consecuencia poderla nombrar, hasta los obstáculos que se les presentan en el proceso de buscar ayuda. Entre estos inhibidores se encontraron la creencia de la violencia como algo “normal en la relación de pareja, la creencia de que “el matrimonio es para toda la vida” y de que “lo que sucede al interior de la familia es privado”; miedo a estar sola y no poder enfrentar las responsabilidades de la casa y de sus hijos, experiencias previas de violencia en la familia de origen, distorsiones cognitivas, la dificultad de ubicar a la violencia como un ciclo, miedo a las represalias del agresor si intentan huir, falta de apoyo de personas cercanas, falta de recursos materiales, no tener información acerca de a donde acudir en busca de ayuda y una vez que han pedido ayuda, la respuesta inadecuada de prestadores de servicios.

Con respecto a los factores impulsores, sobresalen un cambio en los recursos internos y externos que las motivan a buscar opciones, y que inician con el reconocimiento de malestar subjetivo asociado a la relación de pareja, lo cual les permite resignificar la situación y renombrarla como “violencia”. Término que viene introducido en ocasiones por familiares a quienes han acudido en busca de ayuda o se han dado cuenta de la situación, y en otros casos proviene de los lugares a los que acudieron. Es importante señalar que el apoyo de personas cercanas y el tener información precisa acerca de servicios disponibles fueron factores decisivos en la decisión de buscar ayuda.

En todos los casos, la búsqueda de ayuda se vio desencadenada tras episodios de violencia que las informantes describieron como límite, generalmente asociados a una escalada de violencia, cuando está sucede en público o cuando se dirige hacia los hijos.

Por lo anterior y considerando que todas las mujeres en algún momento de su vida acuden a una consulta en el Sector Salud para ellas o para sus hijos, es éste un lugar privilegiado para la detección de la violencia doméstica. “Es evidente que las instituciones de salud son un punto clave en la detección y prevención de la violencia doméstica, ya que son las únicas instituciones públicas que tienen contacto prácticamente con todas las mujeres en uno u otro momento de sus vidas. El personal de salud suele ser quien entra primero en contacto con las víctimas, por lo que tiene una oportunidad única para intervenir y no debe eludir esta responsabilidad. El silencio o el desinterés aparente, proyectan una aceptación tácita de esa violencia” (Rico Galindo 2001, pág. 5). De ahí la importancia de sensibilizar y capacitar al personal de salud para que conozcan la frecuencia, y manifestaciones de la violencia doméstica.

Aunque está en vigencia la NOM-190-SSA1-1999 Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar, de carácter obligatorio para todos los prestadores de servicios de salud de los sectores público, social y privado que componen el Sistema de Salud, y que tiene como objetivo establecer los criterios a observar en la atención médica y la orientación, que se proporcionan a los usuarios que se encuentren involucrados en situaciones de violencia familiar; esto dista mucho de la realidad. No es suficiente esperar a que las mujeres revelen la violencia que viven por el miedo, la normalización del problema, los factores asociados a la violencia *per se*, la pena etc. comentados anteriormente, por lo que es indispensable que el personal de salud se encuentre capacitado para reconocer posibles síntomas que pueden ser consecuencia de la violencia. Así como realizar algunas preguntas de

rutina relativas a la violencia doméstica ya que muchas mujeres no se reconocen como víctimas. El uso de un cuestionario estandarizado como herramienta de detección ha sido documentado por el Instituto Nacional de las Mujeres (2005) como eficaz puesto que mejora la visibilidad del problema por parte del personal de salud, facilita la detección y es bien recibido por las mujeres.

Es fundamental que prevalezca una actitud de respeto y libre de juicios por parte del personal. Y una vez que se ha detectado un caso de violencia doméstica, es necesario que se ofrezcan alternativas de apoyo psicológico y legal a las mujeres, se les brinde información y se le canalice a los servicios pertinentes. Puede ser de utilidad la distribución de folletos a escuelas y en Centros de Salud con información de la violencia como un problema y sobre lugares a donde acudir.

Claramunt et al. (1999) comenta que el primer encuentro con una mujer maltratada durante un proceso de crisis siempre debe verse como la oportunidad para ofrecer opciones a la mujer que van desde la información acerca de la violencia doméstica, hasta la movilización de la mayor cantidad de recursos para aumentar su seguridad.

Algunas de las propuestas que de esta tesis se derivan son:

1) *Primer nivel de prevención:*

Objetivo: Acciones preventivas que promuevan la información sobre la violencia doméstica y los derechos de las víctimas.

Sugerencias:

- Elaboración de campañas en medios de comunicación (televisión, radio, trípticos en las escuelas y centros de salud) cuyo objetivo sea concienciar a la población sobre la violencia doméstica, desmitificando las creencias culturales que le sirven de sustento. Es decir que apunten a creencias como que la violencia es algo normal en las relaciones de pareja, así como la privacidad del problema, y que informen sobre los derechos de las víctimas. Dichas campañas deberán ser dirigidas no sólo a los actores involucrados (agresores y receptores), sino a terceros, fomentando además de la denuncia directa, la denuncia

indirecta; y deberán contener información clara sobre lugares a donde acudir en busca de ayuda.

- Evaluación de las campañas.

2) Segundo nivel de prevención:

Objetivo: Limitar el daño mediante la detección oportuna de la violencia doméstica.

Sugerencias:

- Dado que el sistema de salud es un lugar privilegiado puesto que las mujeres acuden a él en algún momento de su vida, es necesario sensibilizar y capacitar al personal de salud (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, paramédicos, psicólogos) para conocer la frecuencia, manifestaciones y formas de detectar signos de violencia (físicos y psicológicos) en las pacientes añadiendo preguntas específicas en la historia clínica; así como para brindarles información sobre acerca de la violencia doméstica.
- Capacitar y sensibilizar al sector jurídico sobre los obstáculos con los que se encuentran las mujeres al pedir ayuda, y los espacios a dónde canalizarlas en busca de ayuda física y psicológica para que de esta forma se evite una revictimización.

3) Tercer nivel de prevención:

Objetivo: Rehabilitación física y mental de las mujeres maltratadas.

Sugerencias:

- Como lo establecen Claramunt et al. (1999) es fundamental que se considere que las mujeres acuden en busca de ayuda en momentos de crisis, y que éstos deben ser vistos oportunidad para que la mujer reflexione sobre el abuso, el control y el poder que sobre ella se ejerce, lo que le permitirá tomar decisiones que la conduzcan a un cambio positivo en su estilo de vida cotidiano, se trata de momentos de decisión en donde los profesionales de la salud y de justicia deberán brindar información a la mujer sobre la violencia doméstica, los derechos que tiene y las posibilidades de acción. Aunado a esto, es importante que se valore el riesgo en el que se encuentre la mujer y se le ayude a establecer un plan de seguridad, que implica desde tener a la mano documentos importantes, hasta espacios a donde acudir como albergues temporales.

- Roca Cortes et al. (2005) después de comparar diferentes tratamientos, concluye que la recuperación psicológica implica un análisis de las creencias patriarcales que culpabilizan a la mujer del maltrato que sufre.
- Es fundamental que el personal de salud y de justicia se encuentre en un proceso de constante reflexión sobre sus propias creencias y actitudes que minimizan y justifican la violencia cultural, para evitar una revictimización en las mujeres que acuden en busca de ayuda.
- Los tratamientos grupales son benéficos ya que permiten a las mujeres identificarse con otras mujeres y reducir el aislamiento social en el que se encuentran.
- El tratamiento deberá contemplar el incremento del autoestima y empoderar a las mujeres, lo que les permitirá desarrollar recursos personales para evitar recaídas y realizar los cambios que consideren necesarios.

Finalmente, ante el problema de la violencia doméstica, es necesario que los diferentes sectores de la sociedad trabajen en conjunto.

BIBLIOGRAFÍA

- ADAY LU ANN Y ANDERSEN RONALD (1992) *Marco Teórico para el estudio del acceso a la atención médica*. Organización Panamericana de la salud. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington D.C. pp. 604-613.
- ALFONSO A. C (2002) La Salud Mental de las Mujeres. Una propuesta para el debate. En: *Revista de Estudios de género La Ventana*, Vol. II: pp. 36-55.
- ALVARADO Z. G; SALVADOR M. J, ESTRADA M. S Y TERRONES G. A (1998) Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Durango. En: *Salud Pública de México* Vol. 40, Num. 6: pp. 481-486.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994) *DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Cuarta edición. Washington.
- AMORÓS C. (1988): *Mujeres, feminismo y poder*. Forum de política feminista. Madrid.
- AMORÓS C, CORUJO O, ÁLVAREZ, A., MIYARES A, LÓPEZ M., PERONA A., PULEO A, PALMA M, RODRÍGUEZ R, MOLINA C, BENHABIB S, CASTILLO R, BARRY K Y OSBORNE R. (1994) *Historia de la Teoría Feminista*. Instituto de Investigaciones feministas de la Universidad Complutense de Madrid. Consejería de Presidencia. Dirección General de la Mujer. Madrid, España.
- ARAUJO R (2006) *Diseño de un archivo de información intersectorial sobre violencia familiar: Sistematización informativa, codificación, indicadores, evaluación programática y cualificación informativa sobre violencia familiar*. LA LESQUE Por el gusto de Saber.
- ASOCIACIÓN MEXICANA CONTRA LA VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES, COVAC (1996). Encuesta de Opinión Pública Sobre la Incidencia de la Violencia En la Familia. En: *Este País*. Vol. 64, pp.20-25.
- BERGER P Y LUCKMANN T (1993) *La Construcción social de la realidad*. Amorrortu editores. Undécima reimpresión, Buenos Aires.
- BETHEL F.T. (s/f) *¿Qué es lo que los mayores libros sagrados del mundo dicen acerca de la mujer?* Compilación del Nuevo Testamento de la Biblia.
- BEX L.L (1994) A narrative analysis of abuse. Connecting the personal, the rhetorical and the structural. En: *Journal of Contemporary Ethnography*, Vol. 22, Num. 4: pp. 411-441.
- BOWLING A. (2004) *Research methods in health: investigating health and health services*. Segunda edición. Open University Press. Maidenhead Philadelphia.
- BRONFENBRENNER U (1987) *La ecología del desarrollo humano*. Editorial Paidós, Primera edición, Barcelona.
- BUENAVENTURA S. C (1990). Violencia y proceso de socialización genérica enajenación y trasgresión, dos alternativas extremas para las mujeres. En: *Violencia y Sociedad Patriarcal*. Comp. MAQUIEIRA VIRGINIA Y SÁNCHEZ CRISTINA. Editorial Pablo Iglesias.
- BULIK C. (2001). Features of childhood sexual abuse and development of psychiatric disorders. En: *British Journal of Psychiatry*, Num. 179: pp. 444-449.
- BURIN M. Y MELER I. (1998) I: Estudios de género: Reseña Histórica; y III: Ámbito familiar y construcción de género. En: *Género y familia. Poder, Amor y Sexualidad en la Construcción de la subjetividad*. Editorial Paidós.

- CABALLERO M. A; RAMOS L. L; GONZÁLEZ C; SALTIJERAL, M. T (2002) Violencia familiar en adolescentes y su relación con el intento de suicidio y la sintomatología depresiva. En: *Revista Psiquiatría*. Vol. 18, Num. 3, pp. 131-139.
- CARDEN A. D. (1994) Wife Abuse and Wife Abuser: Review and Recomendations. En: *The counselling psychologist*. Vol. 22, Num. 4.
- CASTRO R. Y RIQUER F (2003) La investigación sobre violencia contra las mujeres en América Latina: entre el empirismo ciego y la teoría sin datos. En: *Cuadernos de Salud Pública*. Vol. 19, Num. 1: pp. 135-146.
- CERVANTES M. C; RAMOS L. L.; SALTIJERAL M. T (2004). Frecuencia y dimensiones de la violencia emocional contra la mujer por parte del compañero íntimo. En: *Violencia contra las mujeres en contextos urbanos y rurales*. Comp. TORRES FALCÓN. El Colegio de México/Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, México, pp. 239-270.
- CIMANOTICIAS. (2002). La violencia familiar el delito con mayores índices de impunidad y subregistro. En: Boletín de prensa 2 (Fecha de consulta 20/julio/05) <http://www.cimacnoticias.com/especiales/cada15segundos/bp2.html>.
- CLARAMUNT M. C (1999) Mujeres Maltratadas: Guía para la intervención en crisis. En: *Género y Salud Pública*. Organización Panamericana de la Salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. San José, Costa Rica.
- Código Penal Federal*. Editorial Porrúa.
- CORSI J. (1997). Una mirada abarcativa sobre el problema de la violencia intrafamiliar. En: *Violencia familiar: una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Comp. CORSI J. editorial Paidós. Buenos Aires.
- CORSI J. (1998). Abuso y Victimización de las mujer en el contexto conyugal. En: *Violencia doméstica*. CIDHAL Centro para mujeres. Programa Documentación, Educación y Cultura. (PRODEC) Cuernavaca, Morelos. México.
- DENZIN N K. Y LINCOLN YS. (2000). *A Handbook of Qualitative Research*. Sage Publications. Internacional Educational and Professional Publisher. Thousand Oaks, London, New Delhi. (First edition, 1994).
- DE OLIVEIRA O. (1998) Familia y relaciones de género en México. En: *Familias y relaciones de género en transformación. Cambios trascendentales en América Latina y el Caribe, México*. Edamex- Population Council, pp. 23-52.
- DÍAZ O. C. (2002). Síndrome de la mujer maltratada en un hospital de tercer nivel. En: *Gaceta Médica de México*. Vol. 138, Num. 2, 2002.
- EISLER R. (1995) *El Cáliz y La Espada*. Editorial Cuatro Vientos. Santiago de Chile.
- ELLSBERG M, Y HEISE L. (2005) *Reserching Violence Against Women: A practical Guide for Researchers and Activists*. World Health Organization. Washington D.C., United States.
- ELLSBERG M; PENA R; HERRERA A; LILJESTRAND J; WINKVIST A. (2000). Candies in hell: women's experiences of violence in Nicaragua. En: *Society of Sciences Medics*. Vol.51, Num.11: pp. 1595-1610.
- ELLSBERG M; WINKVIST A; PENA R; STENLUND H. (2001) Women's strategic responses to violence in Nicaragua. En: *Epidemiology Community Health*. Vol. 55, Num. 8:pp. 547-55.

- FERNÁNDEZ A. M (1998) Violencia y conyugalidad: una relación necesaria. En: *Violencia doméstica*. Cidhal. Centro para mujeres. Programa Documentación, Educación y Cultura. (PRODEC) Cuernavaca, Morelos. México.
- FERNÁNDEZ A. M; HERRERO V. S; BUITRAGO R. F; CIURANA M. R; CHOCRON B. L; GARCÍA C. J; MONTÓN F. C; REDONDO G. M; TIZÓN G. J (2003) *Reporte Violencia Doméstica*. Colaboración del Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública y Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. Sociedad Española de Medicina Comunitaria y de Familia. Disponible en: http://www.msc.es/enfermedadesLesiones/violencia/violenciaDomestica/pdf/VIOLENCIA_DOMESTICA.pdf (Fecha de consulta: 20/julio/2005)
- FERNÁNDEZ O. M; VARGAS T. B; DICKINSON B. M. GONZÁLEZ Q. E; PALOMEQUE R. M; SÁNCHEZ O. V; DICHARA K. A (2001). La experiencia de un programa de atención a la violencia en una unidad de primer nivel para población abierta. En: *Revista de la Facultad de Medicina. UNAM*. Vol. 44, Num. 2. México.
- FERRARO K. Y JONHSON M (1983) How Women Experience Battering: The Process of Victimization, En. *Social Problems*. Vol. 30, Num. 3, pp. 325-339, California.
- FRENK MORA, J. (2001). *Violencia sobre la salud de las mujeres ¿Por qué hoy?* Memoria Reunión Internacional de la Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia. Editores Femego/ Ipas, México.
- FRENK MORA, J. (2003) *La salud de la población. Hacia una nueva salud pública*. Tercera edición. Fondo de Cultura Económica., SEP, CONACYT. México.
- FERRANDO L, FRANCO-A L, SOTO M, BOBES J, SOTO O, FRANCO L, GUBERT J. (1998) Mini-International Neuropsychiatric Interview. (MINI) Versión en Español.DSM-IV.
- GARBARINO J., ECKENRODE, J. (1999). *¿Por qué las familias abusan de sus hijos?: enfoque ecológico sobre el maltrato de niños y adolescentes*. Granica. España.
- GARCÍA M. M. (1997) *Estudio Contemporánea de la Violencia doméstica en San Cristóbal Chiapas*. Tesis para obtener el título de Lic. En Psicología. Facultad de Psicología UNAM.
- GARCÍA C. Y CABRAL B (1999) Socioantropología de la violencia de género. En: *Revista de Estudios de Género La Ventana*. Num. 10: pp 161-183.
- GLANTZ W N; MARTÍNEZ H. I; TINOCO O. R. Y LEÓN R. P (2004) "Si no tomara él...":El consumo de alcohol y su papel en las relaciones de pareja. En: *Salud Mental*, Vol. 27, Num. 6.
- GLASER Y STRAUSS (1967) *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research*. Aldince Publishing Company, Chicago.
- GONZÁLEZ S. R (2003). Formación profesional en violencia sexual y doméstica. En *Violencia sobre la Salud de las Mujeres ¿Por qué hoy?* Memoria Reunión Internacional de la Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia. Editores Femego/ Ipas, México, pp.191- 205.
- GONZÁLEZ S. R, (2004). Experiencia universitaria y de otras instituciones. En: *La violencia social en el México: Explotación sexual de niñas. Niños y adolescentes*. PIUS-UNAM, México, pp. 35-54.
- GRAHAM DEE L. R. (1994). *Loving to Survive. Sexual Terror, Men`s Violence and Women`s lives*. New York University Press. New York and London.
- GRANADOS S M; MADRIGAL H. R; AGUIRRE Z. P; Toba de la Peña D; Martínez T. A; Rodríguez V.;y Rivera C. S. (2002). *Salud Reproductiva y Violencia contra la mujer. Un análisis desde la Perspectiva de Género*. Secretaria de Salud del Gobierno del Estado de Nuevo León.

- HARTIGAN P. (1997) PAHO focuses on the problem of violence against women. En: *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 2, Num. 4: pp.290-294.
- HEISE, L; ELLSBERG, M; GOTTERNOELLER, M. (1999). Ending Violence Against Women. *Population Reports*, Series L. No. 11. Bltimores Johns Hopkins University School of Public Health Population Information Program.
- HEISE, L. PITANGUY. J. Y GERMAIN A.(1994) Violence against the woman. En: *The Hidden Health Burden*. Washington D.C World Bank Discussion Papers 225.
- HÍJAR MEDINA MC, LÓPEZ LÓPEZ MV, BLANCO MUÑOZ J. (1997) La violencia y sus repercusiones en la salud; reflexiones teóricas y magnitud del problema en México. En: *Salud Publica de México*; 39:pp. 565-572.
- HÍJAR MEDINA. M.C.; TAPIA YAÑEZ; LOZANO ASCENCIO R; Y CHÁVEZ AYALA R. (1992) Violencia y lesiones. En: *Salud Mental*. Vol.15 (1). pp. 15-23, 1992.
- HUACUZ E. M (2007) ¿Violencia de género o violencia falocéntrica? Variaciones sobre un sis/tema complejo. Tesis para obtener el grado de Doctora en Antropología. Escuela Nacional de Antropología e Historia. INAH/SEP
- INFANTE C. C (1998). Bases para el estudio de la interacción familia-redes sociales-uso de servicios de salud. En: *Salud Pública de México*; Num. 30: pp. 175-196.
- INSTITUTO CIUDADANO DE ESTUDIOS SOBRE LA INSEGURIDAD.AC *Encuesta Internacional sobre Criminalidad y Victimización* (ENICRIV-2004). México.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA, INEGI (2000) *Encuesta sobre violencia intrafamiliar ENVIF, 1999. Documento metodológico y resultados*. Impreso en México, DF. pp. 16-119
- INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES (2005) *Asistencia a mujeres en situación de violencia. Pautas de orientación en el primer nivel de atención de salud*. Ministerio de Desarrollo Social.
- INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA. *Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003*. Instituto Nacional de Salud Pública/Secretaría de Salud, México. http://www.mujoyersalud.gob.mx/mys/doc_pdf/encuesta.pdf
- JACQUES A. (1997) El inconsciente homosexual en "La causa freudiana". En: *Revista de psicoanálisis*. Num. 7. París..
- KLEVEN J (2001) Pshysical violence against women in Santa Fé de Bogotá, Colombia: Prevalence and relate factors. En: *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol 9, Num. 2 : pp 78-83.
- KRUG E. G; DAHLBERG L. L; MERCY J. A; ZWI A. B; Y LOZANO R. (2002) *World report on violence and health*. Organización Mundial de la Salud. Gêneva.
- LAGARDE MARCELA (1997) *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Edición de la Universidad Autónoma de México, México.
- LARA CANTU M A. (1993) Masculinidad, feminidad y Salud Mental. Aspectos no deseables de los roles de género y vulnerabilidad. En: *Psicología y salud*. Vol. 1, pp. 109-117.
- LEAVELL H.R., CLARK E.G. (1958) *Preventive Medicine for the Doctor in his community. An Epidemiologic approach*. 2º Edition, Mac Graw-Hill.
- LEWIS S (2003). An investigation of help-seeking behaviour in battered women. En: *Dissertation Abstracts International: Section B. The Sciences and Engineering*; Vol 63, Num.9-B: pp. 4376. 2003

- LÓPEZ ARANGUREN E.. (1986) El análisis de contenido. En: *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación. Comp.* GARCÍA F. Editorial Alianza, Madrid, pp. 365-396.
- LOYDEN, H. (2001) *Los hombres y su fantasma de lo femenino*. UAM-Xochimilco. México.
- MACMILLAN, H. (2001). Childhood abuse and life time psychopathology in a community sample. En: *American Journal of Psychiatry*, Vol.158, Num. 11: pp., 1878-1883.
- MATUD AZNAR M. P. (2004). The impact of domestic violence on the health of abused women. En: *Psicothema*; Vol. 16, Num. 3:pp. 397-401.
- MAYAN M. (2001) *Una introducción a los métodos cualitativos*. Módulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales, Alberta Canadá. Disponible en <http://www.ualberta.ca/~iigm/pdfs/introduction.pdf>
- MECHANIC D (1968) The patients perspective of his illness: the study of illness behaviour. En: *Medical sociology. A selective View*. Free press, New York. Collier-MacMillan Limited London, pp. 115-157.
- MEDINA MORA I. M. E; BORGES G. G, LARA C; RAMOS L; ZAMBRANO J; FLEIZ B (2005) Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. En: *Salud Pública de México*. Vol. 47: pp. 8-22
- MEDINA-MORA I. M. E; RASCÓN M. L; TAPIA R; MARIÑO M. C; JUAREZ F; VILLATORO J; CARAVEO J; GÓMEZ M. (1992) Trastornos emocionales y población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional. En: *Anales. Reseña de la VII Reunión de Investigación, Instituto Mexicano de Psiquiatría* (Ed.) pp. 48-55. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- MÉNDEZ H. P; VALDEZ S. R; VINIEGRA V. M;., RIVERA R. L; Y SALMERÓN C. J (2003) Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México. En: *Salud Pública de México*. Vol. 45.
- MENDOZA, S. (1998). *Violencia doméstica. Propuesta de un inventario para conocer la percepción y aceptación de la violencia de un grupo de mujeres en su relación de pareja*. Tesis para obtener el título de Lic. en Psicología. UNAM. Campus Iztacala, México.
- MIRANDA L.; HALPERIN D.; LIMÓN F. Y MUÑÓN E. (1998) Características de la violencia doméstica y las respuestas de las mujeres en una comunidad rural del municipio de las Margaritas, Chiapas. En: *Salud Mental*, Vol. 21, Num. 6, pp. 19-26.
- NATERA R. G; JUÁREZ G. F; Y TIBURCIO S. M. (2004) Validez Factorial de una escala de Violencia hacia la pareja en una muestra Nacional Mexicana. En: *Salud Mental*, Vol. 27, Num. 2: pp. 31-38.
- NATERA G; TIBURCIO M; BERENZON S; Y LÓPEZ E. K. (1997). Marital violence and its relationship to excessive drinking in Mexico. En: *Contemporary Drug Problems, Q Vol. 24: pp. 787-804*.
- Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999 Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar. Secretaria de Salud. Publicada en el Diario Oficial de la Federación. Miércoles 8- marzo-2000.
- OLA W. BARNETT. (2001) Why battered women do not leave?, part 2. External Inhibiting Factors- Social Support and Internal Inhibiting Factors. En: *Trauma, Violence and Abuse*. Vol. 2, Num. 1: pp. 3-31.
- ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS (1994) *Convención Interamericana para prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará)*. Publicada en el Diario Oficial. Martes 19 de enero de 1999.

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1999). *Dando prioridad a las Mujeres: Recomendaciones Éticas y de Seguridad para la Investigación sobre Violencia Doméstica contra las Mujeres*. Programa Mundial sobre Pruebas Científicas para las Políticas de Salud . OMS. Ginebra, Suiza.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2003) *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la OMS (Documento 588 WHO/PHA) Washington.
- PARISH W. L, WANG T, LAUMANN E. O, PAN S, LUO Y (2004). Intimate partner violence in China: national prevalence, risk factors and associated health problems. En: *International family planning perspective*; Vol. 30, Num. 4: pp.174-81.
- PULERWITZ J; STEVEN L. G; AND WILLIAM D. J (2000). Measuring sexual relationship power in HIV/STD research. En: *Sex Roles: A Journal of Research*. Vol.42 , Num.7/8: pp. 637–660.
- RADLOFF L. (1997) The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. En: *Appl Psychol Meas*: pp. 385-401.
- RAMÍREZ R; Y PATIÑO G. (1997). Algunos aspectos sobre la magnitud y trascendencia de la violencia doméstica contra la mujer: un estudio piloto. En *Salud Mental* Vol. 20: pp. 5-16
- RAMÍREZ R Y URIBE V (1993). Mujer y violencia: Un hecho cotidiano. En: *Salud Pública de México*, Vol. 35: pp.148-160.
- RAMOS LIRA, L. (2002). Reflexiones para la comprensión de la salud mental de la mujer maltratada por su pareja íntima. En *Revista de Estudios de género La Ventana*. Vol. 2, Num. 10. Universidad de Guadalajara, pp. 130-181.
- RAMOS LIRA L., GUILHERME BORGES, CHERPITEL CHERYL J., MEDINA MORA M. Y MONDRAGÓN L. (2002). Violencia doméstica, un problema oculto en el sistema de salud. El caso de los servicios de urgencias. En: *Revista de Salud Fronteriza*. Vol. 7, Num. 1 pp. 43-53.
- RAMOS LIRA .L.; ROMERO M. M. Y JIMÉNEZ E. (1995) Violencia doméstica y maltrato emocional. Consideraciones sobre el daño psicológico. En: *Salud Reproductiva y Sociedad*. Órgano informativo del Programa Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México Num. 6-7: pp. 18-23.
- RAMOS LIRA L.; SALTIJERAL MÉNDEZ M.T (1994). El impacto emocional en las víctimas de la violencia. En: *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, Reseña de la Reunión de Investigación*. Vol 5:pp. 73-84.
- RAMOS LIRA L.; SALTIJERAL MÉNDEZ M.T; CABALLERO M.A. (2002). Violencia contra la mujer, salud mental y necesidades. En: *Cálmese, son sus nervios, tómese un tecito... La salud mental de las mujeres mexicanas*. Comps: LARA Y SALGADO. Editorial Pax, Colombia.
- RAMOS LIRA L.; SALTIJERAL MÉNDEZ, M.T.; ROMERO MENDOZA M.; CABALLERO GUTIÉRREZ, M. A.; MARTÍNEZ VÉLEZ N.A. (2002) Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. *Revista de Salud Pública de México*, Vol. 43, Num. 3: pp. 182-191.
- RICO GALINDO (2001). Ponencia “*Participación del Sector Salud en el combate a la violencia de género: Antecedentes y Retos para México*” En: Simposio Violencia de género, salud y derechos en las Américas. Cancún, Quintana Roo, México.
- RIVERA RIVERA L., LAZCANO PONCE E., SALMERÓN CASTRO J., SALAZAR MARTÍNEZ, CASTRO R. Y HERNÁNDEZ AVILA M. (2004) Prevalence and determinants of male partner violence against

- Mexican women: A population- based study. En: *Salud Pública de México*. Vol. 46, Num. 2:pp. 113-122.
- ROCA CORTÉS; ESPÍN J; ROSICH M; CANTERA L; Y NEVES S (2005). Cambios de creencias e intervención en mujeres que sufren maltrato. En: *Eliminar Obstáculos para alcanzar la Igualdad*. Vol. 1, Num. 12: pp. 145-155.
- ROSEN K; STITH S; FEW A; DALY K; Y TRITT D (2005). A qualitative investigation of Jonson's Typology. En: *Violence and Victims*. Vol. 20, Num. 3: pp. 319-334
- RUÍZ O Y ISPIZÚA, M.A. (1989) *La descodificación de la vida cotidiana. Métodos de investigación cualitativa*. Ed. Universidad de Deusto, Bilbao: pp. 125-152 y 153-157.
- SAGOT M; CARCEDO A; Y GUIDO L. (2000). *Ruta Crítica de las Mujeres Afectadas por la Violencia Intrafamiliar en América Latina (Estudios de caso de Diez Países)*. Organización Panamericana e la Salud (PAHO)/ Organización Mundial de la Salud (WHO), Programa Mujer, Salud y Desarrollo.
- SALDIVAR H. G; RAMOS L. L. Y SALTIJERAL M. M. (2004). Validación de las Escalas de Aceptación de la Violencia y de los mitos de violación en estudiantes universitarios. En: *Salud Mental*, Vol. 27, Num. 6. pp. 40-49
- SALTIJERAL M.T.; RAMOS, L.L.; CABALLERO, M.A. (1998). Las mujeres que han sido víctimas de maltrato conyugal: tipos de violencia experimentada y algunos efectos en la salud mental. En: *Salud Mental*. Vol. 21, Num. 2: pp. 10-18.
- SAKRUKA C.M (2002) El mito hasta que la muerte nos separe. En: *Revista de Psicología. El amor, la Pareja y la Familia*. (s/n)
- SAUCEDA G. J; CASTILLEJOS V,G; Y MALDONADO D. (2003). Violencia doméstica: El maltrato a la Mujer. En: *Gaceta Médica de México*. Vol.139, Num. 4: pp. 362-267.
- SAUCEDO I. (1994) *Violencia e Identidades de Género*. Ponencia presentada en el Seminario Internacional. COLMEX. Noviembre.
- SAUCEDO I. (2005) *Violencia de género en el ámbito doméstico: una propuesta de análisis teórico feminista*. Eliminar Obstáculos para Alcanzar la Igualdad. En prensa.
- SHIROMA M. (1996). *Salud reproductiva y violencia contra la mujer: un análisis desde la perspectiva de género*. Asociación Mexicana de Población/Consejo Estatal de Población de Nuevo León, El Colegio de México, Nuevo León.
- SHRADER C. E.; Y VALDEZ S. R. *La violencia hacia la mujer Mexicana como problema de salud pública: La incidencia de la violencia doméstica en una microregión de Ciudad Nezhualcóyotl*. Centro de Investigación y Lucha Contra la Violencia Doméstica (CECOVID), México. 1992
- STRAUSS A. Y CORBIN J. (2002) *Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Primera Edición en español. Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. Sage Publications.
- TAYLOR Y BODGAN (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona Editorial Paidós.
- USTÜN B. T (1999) The global burden of mental disorders. En: *American Journal of Public Health*, Vol. 89: pp. 1315-1318.

- VAIZ B. ROSA Y NAKANO A. M. (2004) The violence intrafamiliar, the use of drugs in the couple, from the mistreated woman's perspective. En: *Revista Latino-Americana de Enfermería*. Vol. 12, pp. 433-438.
- VALDEZ R; HIJAR M; ÁVILA L; ROJAS R.; FRANCO A; RIVERA L; Y OLAIZ G. (2004). Prevalencia de violencia de pareja actual en mujeres mexicanas y consecuencias físicas: algunos resultados de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las mujeres 2003. En: *Revista Género y Salud en Cifras*. Vol 2, Num.1.
- VALDEZ R. Y JUÁREZ C. (1998) Impacto de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres: análisis y perspectivas en México. En: *Revista de Salud Mental*, Vol. 21, Num. 6: pp. 1-10.
- VALDEZ S. R. (2004). Del silencio privado a las agendas públicas: el devenir de la lucha contra la violencia doméstica en México. En: *Violencia contra las mujeres en Contextos urbanos y rurales*. Comp. Torres Falcón. El Colegio de México/Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, México, pp. 417-447.
- VALDEZ S. Y SANÍN A. (1996) La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el bajo peso al nacer. En: *Salud Pública de México*, 38: pp. 352-362.
- VÁZQUEZ B; HERRERA C; ARTAL J; CUESTA N; GOLDBERG D (1993) Factores implicados en las "rutas asistenciales" en salud mental. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*, Vol. 21, Num. 5: 189-203.
- VÁZQUEZ M. (1999). Género hegemónico y cultura, el modelo de masculinidad en la cultura popular. En: *Revista de Ciencias Sociales y Humanidades: Nuevas Interpretaciones sobre cultura genérica*. UAM-Iztapalapa. Num. 45: pp. 27-40.
- VILLAMIL, R. (1996). *Las Instituciones Íntimas*. Cuadernos del TIPI. UAM-Xochimilco, México.
- VINDHYA U. (2002). De lo personal a lo colectivo: Cuestiones psicológicas y feministas de la Salud Mental de las mujeres. En *Revista de Estudios de género La Ventana*. Vol. II. Universidad de Guadalajara, pp. 7-35.
- VIZCARRA L.; CORTÉS M; BUSTOS M; ALARCÓN E; Y MUÑOZ S. (2001). Violencia conyugal en la Ciudad de Temuco. Un estudio de prevalencia y factores asociados. En: *Revista Médica Chile*, Vol. 129, Num. 12, pp. 1405-1412.
- WALKER L. (1980) *The Battered Woman*. Harper & Row, Publishers. United States of America.
- WALKER L. (1989) Psychology and Violence Against Women. En: *American Psychologist*. Vol. 44, Num. 4, pp 695-702.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002) World report on violence and health. Geneva.
- ZURUTUZA C (1993) Maltratos a la mujer en las relaciones de pareja: Estrategias utilizadas por el movimiento latinoamericano. En: *Vigiladas y Castigadas*. Comité Latinoamericano para la Defensa de la Mujer, CLADEM. Lima, Perú.

ANEXO 1

Criterio diagnóstico Desorden por Estrés Postraumático (DSM-IV)

A) La persona ha estado expuesta a un suceso traumático en el que estuvieron presentes los siguientes:

- 1.- La persona experimentó, fue testigo o fue confrontada con un suceso o sucesos que involucraron la amenaza, o la muerte, o daño severo, o una amenaza a la integridad física de sí mismo u otros.
- 2.- La respuesta de la persona involucró miedo, incapacidad u horror intensos. Nota: En niños, esto puede ser expresado por conducta desorganizada o agitada.

B) El suceso traumático es reexperimentado persistentemente en una (o más) de las siguientes formas:

- 1.- Recuerdos perturbadores recurrentes e intrusivos sobre el suceso, incluyendo imágenes, pensamientos, o percepciones. Nota: En niños pequeños, puede ocurrir el juego repetitivo en el que temas o aspectos del trauma son expresados.
- 2.- Sueños perturbadores recurrentes sobre el suceso. Nota: En niños, pueden presentarse sueños atemorizantes sin contenido reconocible.
- 3.- Actuar o sentir como si el suceso traumático estuviera repitiéndose (incluyendo la sensación de revivir la experiencia, ilusiones, alucinaciones, y episodios disociativos [flashbacks], aún aquellos que ocurren al levantarse o estando intoxicado).
- 4.- Malestar psicológico intenso al exponerse a señales internas o externas que simbolizan o asemejan algún aspecto del evento traumático
- 5.- Reactividad fisiológica al exponerse a señales internas o externas que simbolizan o asemejan algún aspecto del evento traumático

C) Evitación persistente de estímulos asociados con el trauma o embotamiento de la respuesta general (no habiendo estado presente antes del trauma), como lo indican tres (o más) de los siguientes:

- 1.- Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas con el trauma
- 2.- Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que evocan recuerdos del trauma
- 3.- Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
- 4.- Marcada disminución del interés o la participación en actividades significativas
- 5.- Sentimientos de separación o extrañamiento de los otros
- 6.- Marco restringido de afecto (p. e., incapacidad de tener sentimientos amorosos)

7.- Sensación de un futuro reducido (p. e., sin expectativas de tener una carrera, de matrimonio, de tener hijos, o una vida normal)

D) Síntomas persistentes de excitación incrementada (no presentes antes del trauma), como indican dos (o más) de los siguientes:

- 1.- Dificultad para dormir o permanecer dormido
- 2.- Irritabilidad o estallidos de enojo
- 3.- Dificultad para concentrarse
- 4.- Hipervigilancia
- 5.- Respuesta exagerada de sobresalto

E) La duración de la perturbación (síntomas en el Criterio B, C, y D) son de más de un mes

F) La perturbación causa malestar clínicamente significativo o empeoramiento en el área social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento

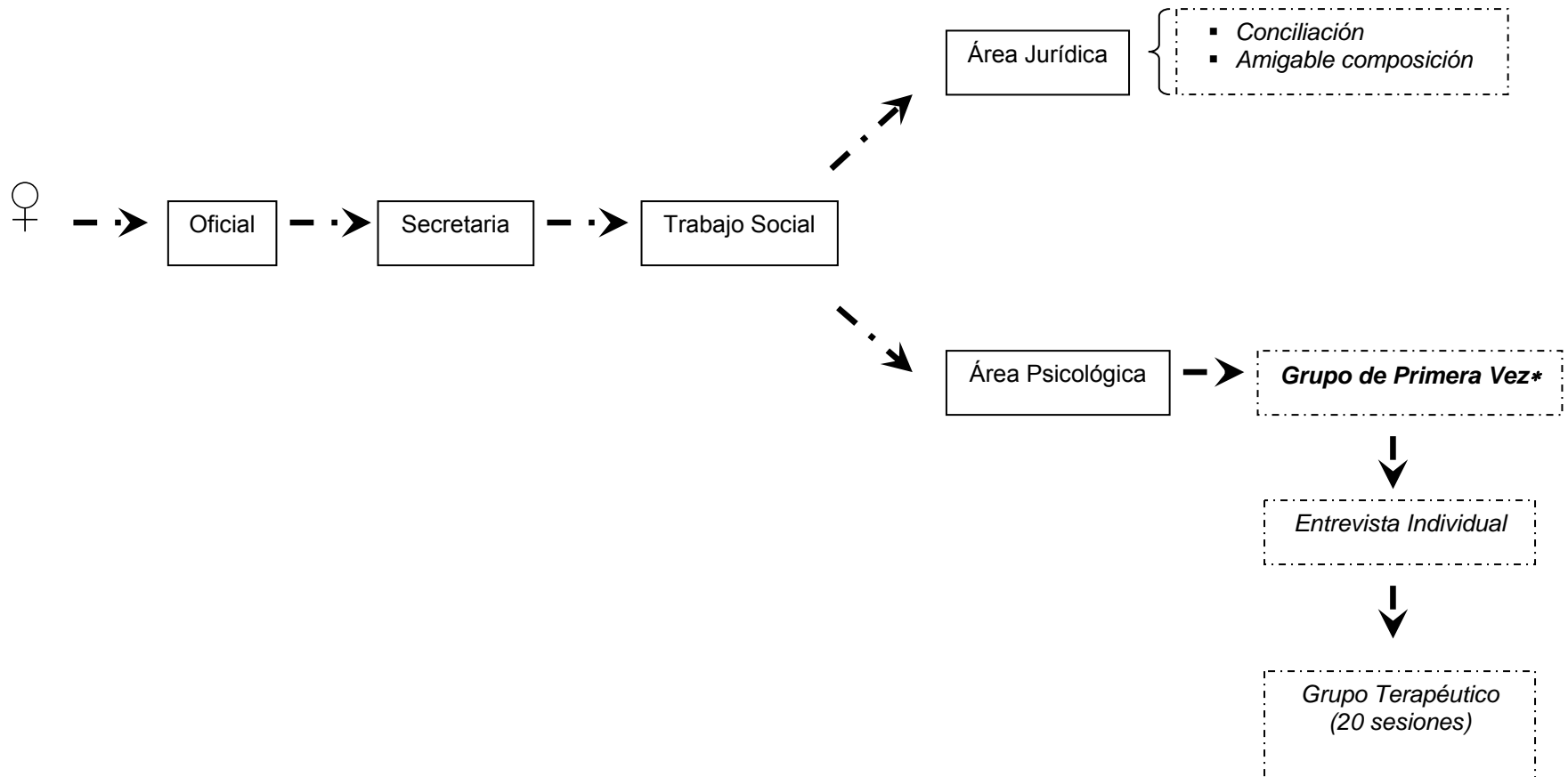
Especificar si:

Agudo: si la duración de los síntomas es de menos de tres meses

Crónico: si la duración de los síntomas es de tres meses o más

Con inicio retardado: si el inicio de los síntomas es de al menos seis meses después del estresor.

ANEXO 2
Ruta Crítica de la UAPVIF



* Reclutamiento de informantes

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROYECTO:

Factores asociados con la búsqueda de ayuda en mujeres víctimas de violencia doméstica

Se le está pidiendo su autorización para participar en una investigación denominada “Factores asociados con la búsqueda de ayuda en mujeres víctimas de violencia doméstica”. Antes de dar su consentimiento voluntario, es importante que usted lea la siguiente información y haga las preguntas necesarias, asegurándose de entender exactamente lo que se le pide.

Propósito del Estudio

“Factores asociados con la búsqueda de ayuda en mujeres víctimas de violencia doméstica” es un proyecto que tiene como objetivo recolectar información acerca del proceso de búsqueda de ayuda que recorrieron las mujeres que viven o vivieron violencia por parte de sus parejas, con la finalidad de que esto pueda servir más adelante para impulsar programas de intervención.

Para lo cual se realizará una entrevista dirigida a mujeres que asisten a la Unidad de Atención y Prevención de la Violencia Familiar (UAPVIF)-Tlalpan y que cumplan los siguientes requisitos:

- * Que tengan 18 años o más.
- * Que hayan vivido o se encuentren viviendo con su pareja.
- * Que hayan acudido a la UAPVIF para pedir asesoría por una situación de violencia por parte de su pareja.
- * Que acepten participar voluntariamente.

Descripción del Estudio

El estudio consiste en una entrevista que será aplicada a las mujeres que deseen participar y será realizada dentro de este mismo centro. La entrevista será grabada ya que el interés es conocer lo más ampliamente posible su experiencia, esto permitirá su transcripción cuidando siempre el anonimato. Posteriormente el casete será borrado.

Confidencialidad

La información proporcionada es totalmente personal y será manejada de manera **anónima**, es decir, que se emplearán seudónimos o nombres falsos para las entrevistas. Su testimonio será analizado junto con el de otras personas para realizar una conclusión en general sobre el tema.

La Naturaleza Voluntaria de Participación

La participación en este estudio es voluntaria, sin que ésta condicione la atención que usted recibe en este centro. Es importante aclarar que puede interrumpir o abandonar la entrevista en el momento que lo desee sin que existan consecuencias.

Preguntas Sobre el Estudio

Si usted tiene preguntas sobre esta investigación, puede hacerlas en el momento de la entrevista o al teléfono 56 97 19 55 o al 044 55 16 90 65 52 con la Psic. Ingrid López Estrada.

Su firma a continuación indica que ha leído la información de este acuerdo y que ha tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta que tenga sobre el estudio. Su firma también indica que usted acepta participar en el estudio y que se le ha dicho que puede cambiar su decisión y retirar su consentimiento de participación en cualquier momento.

Nombre de la Participante (use letra de molde por favor)

Fecha

Firma de la Participante

Fecha

Firma de la Entrevistadora

Fecha

ANEXO 4

Guía de Entrevista Inicial (Aplicada durante el piloto)

PRESENTACIÓN

La presentación tiene como fin establecer una relación entre el entrevistador y la informante; de manera que no seamos vistos como las especialistas en el tema, sino como escuchas interesadas en sus ideas y sentimientos para aprender de sus experiencias bajo los objetivos del estudio. Es fundamental establecer un buen rapport con la informante para hacerla sentir segura de expresar cualquier duda. En este sentido será esencial que se aclaren los siguientes puntos:

- **Motivo de la entrevista.**
- **Garantizar el anonimato.**
- **Modo de registro de la información que es la grabación de la entrevista.**
- **Participación voluntaria**
- **Firma del consentimiento informado.**

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA INFORMANTE

- ¿Qué edad tiene?
- ¿Cuál es su estado civil?
- ¿Cómo está integrada su familia? (indagar quienes viven en la misma casa)
- ¿Qué estudios ha realizado?
- ¿Cuál es su ocupación actual?

CARACTERIZACIÓN DE LA VIOLENCIA

Aceptación de la violencia

- ¿Cuáles considera que son los motivos y causas de la violencia de pareja?
- ¿Considera que esto ocurre más frecuentemente en hombres o en mujeres?
- ¿Por qué cree que sea así?

Naturalización de los papeles tradicionales de género.

- ¿Cómo cree usted que debe ser una buena mujer, esposa y madre?
- ¿Cómo cree usted que debe ser un buen hombre, esposo y padre?

Experiencias previas de maltrato

- ¿A parte de su esposo o última pareja, ha vivido otras relaciones de pareja o familiares donde haya vivido maltrato?
- ¿Con qué frecuencia lo hacía?

Episodios de violencia

- ¿Cuál fue el la **primera experiencia** de violencia que vivió con su pareja y cómo fue?
¿Cuáles fueron los motivos?
- ¿Cuál fue la **última experiencia** de violencia que vivió con su pareja?
¿Hubo lesiones severas que requirieron atención médica en esta ocasión?
¿La violencia estuvo dirigida hacia otras personas?
¿Considera que este episodio es parecido a los anteriores?
- ¿Qué tan frecuente era la violencia en su relación?
- ¿La intensidad cambio del primer episodio al último? ¿Cómo?
- ¿Considera que todos los episodios siguen un mismo patrón o son todos diferentes?

Sintomatología Depresiva. Escala de Sintomatología Depresiva: CES-D (Radloff, 1977)

Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre su estado de ánimo. Por favor dígame cuántos días durante la semana pasada se sintió de la manera en que yo le voy a decir.

	Número de días			
	0	1-2	3-4	5-7
1. Le molestaron cosas que usualmente no le molestan	0	1	2	3
2. No tenía hambre, ni tenía apetito	0	1	2	3
3. Sentía que no podía quitarse la tristeza, ni con la ayuda de familiares	0	1	2	3
4. Sentía que era tan buena como los demás	0	1	2	3
5. Tenía problemas para poner atención en lo que estaba haciendo	0	1	2	3
6. Se sentía deprimida	0	1	2	3
7. Sentía que todo lo que hacía le costaba mucho esfuerzo	0	1	2	3
8. Veía el futuro con esperanza	0	1	2	3
9. Pensó que su vida era un fracaso	0	1	2	3
10. Tenía miedo	0	1	2	3
11. Durmió sin descansar	0	1	2	3
12. Estaba feliz	0	1	2	3
13. Platicó menos de lo normal	0	1	2	3
14. Se sentía sola	0	1	2	3
15. Sintió que la gente era poco amigable	0	1	2	3
16. Disfrutó de la vida	0	1	2	3
17. Lloraba a ratos	0	1	2	3
18. Se sentía triste	0	1	2	3
19. Sentía que no le caía bien a los demás	0	1	2	3
20. No podía "seguir adelante"	0	1	2	3

– **Estrés Postraumático**

- ¿Ha tenido recuerdos repetitivos de los episodios de violencia que de repente se le vienen a la mente? (Pueden ser imágenes, pensamientos o sensaciones) / ¿Desde cuando?
- ¿Ha tenido sueños repetitivos sobre los episodios de violencia que le hagan sentir mal?
- ¿Ha sentido como si los episodios de violencia estuvieran ocurriendo otra vez, aún cuando no es así? (Ilusiones, alucinaciones, *flashbacks*) / ¿Desde cuando?

- ¿Se ha sentido mal/ con miedo/terror estando en alguna situación que le recuerden los episodios de violencia? (señales internas o externas que simbolizan algún aspecto del evento traumático) / ¿Desde cuando?
- ¿Ha luchado por no recordar, hablar o tener sentimientos (miedo, angustia, preocupación) que asocia con los episodios de violencia) / ¿Desde cuando?
- ¿A causa de la violencia ha perdido el interés o ha dejado de realizar actividades que son importantes para usted? / ¿Desde cuando?
- ¿A partir de esta situación se ha sentido distante/alejada de las demás personas?
- ¿A partir de esta situación, ha sentido que le cuesta trabajo sentir sus emociones o expresarlas?
- ¿Se ha sentido preocupada por el futuro? (sin expectativas acerca del futuro) / ¿Desde cuando?
- ¿A partir de esta situación ha tenido dificultad para dormir o permanecer dormida?
- ¿Ha estado de mal humor, irritable o con arranques repentinos de enojo? / ¿Desde cuando?
- ¿Le cuesta trabajo concentrarse en lo que está haciendo? ¿Ha tenido dificultad en terminar alguna actividad que antes no le costaba trabajo? / ¿Desde cuando?
- ¿Se asusta o sobresalta fácilmente? / ¿Desde cuando?
- ¿Se ha sentido culpable por la violencia ocurrida?
- ¿Considera que pudo haber evitado la violencia? ¿Cómo?

a) Información

- ¿Tenía información sobre violencia de pareja? ¿Cuál era esa información? ¿Cómo la obtuvo?
- ¿Tenía información sobre lugares a dónde acudir a causa de la violencia? ¿Cuál era esa información? ¿Cómo la obtuvo?

f) Apoyo de personas cercanas

- ¿Ha comentado con alguien lo sucedido?
Sí sí: ¿A quién acudió? ¿Le ayudó? ¿Cómo?
Sí no: ¿Qué le impidió hacerlo?

ACCIONES REALIZADAS EN LA BÚSQUEDA DE AYUDA

- ¿A dónde acudió la primera vez a buscar ayuda?
- ¿¿Quién le sugirió acudir ahí?
- En ese momento ¿cuál fue el mayor problema presentado?
- ¿Cuánto tiempo hacía que el problema había empezado?
- ¿Qué le dijeron?
- ¿Qué paso después de que solicito ayuda?

CIERRE

Es importante agradecer a la informante su cooperación, reiterando que su información es muy valiosa y que si tiene algún comentario o duda puede plantearlas.

ANEXO 5

Guía de Entrevista final

PRESENTACIÓN

La presentación tiene como fin establecer una relación entre el entrevistador y la informante; de manera que no seamos vistos como las especialistas en el tema, sino como escuchas interesadas en sus ideas y sentimientos para aprender de sus experiencias bajo los objetivos del estudio. Es fundamental establecer un buen rapport con la informante para hacerla sentir segura de expresar cualquier duda. En este sentido será esencial que se aclaren los siguientes puntos:

- **Motivo de la entrevista, en donde se especifica el beneficio académico, así como la preocupación por este problema social.**
- **Garantizar la confidencialidad, aclarando que se cambiarán los nombres.**
- **Modo de registro de la información que es la grabación de la entrevista.**
- **Participación voluntaria, reiterando que de no aceptar o retirarse, no habrá consecuencias para ella.**
- **Firma del consentimiento informado.**

A continuación se presenta un ejemplo de presentación:

Buenas tardes, mi nombre es Ingrid López le agradezco que haya aceptado platicar conmigo. Mi interés de tener una conversación con usted se debe a que ha solicitado el apoyo y orientación del Centro a causa de la violencia en el hogar por parte de su pareja. Sabemos que la violencia de pareja es un problema que afecta cotidianamente a una gran cantidad de mujeres, por lo que me interesa conocer su experiencia en torno a esto y el proceso que ha vivido en esta búsqueda de ayuda.

Por lo que le solicitamos su cooperación para llevar a cabo una entrevista. Se trata de un estudio anónimo, es decir que se emplearán seudónimos o nombres falsos para las entrevistadas. La entrevista será grabada dado que el interés es conocer lo más ampliamente posible su experiencia, esto me permitirá transcribir el casete a papel pero siempre guardando su anonimato, posteriormente el casete será borrado. Este testimonio será analizado junto con el de otras personas para realizar una conclusión en general sobre el tema. Usted puede decidir participar en el estudio pudiendo retirarse en cualquier momento si así lo desea. ¿Tiene alguna duda o comentario?

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA INFORMANTE

Este apartado tiene la finalidad de obtener información sobre datos sociodemográficos, así como ubicar el contexto familiar donde se desenvuelve la entrevistada, lo cual propicia la interacción de forma poco amenazante.

Edad:

Estado civil:

Actualmente se encuentra separada o unida a su pareja:

– ***Si vive actualmente con su pareja:***

¿Cuánto tiempo lleva viviendo con él?

– ***Si ya no vive en pareja:***

¿por qué se separo?

¿cuánto tiempo vivió con su última pareja?

Grado de estudios:

Ocupación actual:

¿Edades de sus hijos?

¿Cuántas personas viven en su domicilio?

CONSECUENCIAS EN LA SALUD MENTAL

Este apartado contiene preguntas más específicas y tiene la finalidad de conocer si existe sintomatología depresiva y estrés postraumático.

A. EPISODIO DEPRESIVO

→ Mini internacional Neuropsychiatric Interview) Versión en Español 5.0.0 DSM-IV

➔ (SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CIRCULAR NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

A1	¿En las últimas dos semanas, se ha sentido deprimida o decaída la mayor parte del día, casi todos los días?	NO	SÍ	1
A2	¿En las últimas dos semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?	NO	SÍ	2
				➔
¿CODIFICO SÍ EN LA A1 O EN LA A2?				NO SÍ

A3 En las últimas dos semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:				
a.	¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o gana peso sin intentarlo (ej. Variaciones en el último mes de ± 5 de su peso corporal o ± 8 libras o ± 3.5 kg. Para una persona de 160 libras/70 kg.?)	NO	SÍ	3
b.	¿Tenía dificultad para dormir caso todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente?)	NO	SÍ	4
c.	¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?	NO	SÍ	5
d.	¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	NO	SÍ	6
e.	¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?	NO	SÍ	7
f.	¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SÍ	8
g.	¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida o deseo estar muerta?	NO	SÍ	9
¿CODIFICO SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?		NO SÍ EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL		

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL, CONTINÚE CON A4, DE LO CONTRARIO CONTINÚE CON EL MÓDULO B:

A4

a.	¿En el transcurso de su vida, tuvo otros periodos de dos o más semanas, en los que se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar?	NO	SÍ	10
b.	¿Ha tenido alguna vez un periodo de por lo menos dos meses, sin depresión o sin la falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este periodo ente dos episodios depresivos?			
				NO SÍ 11 EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE

I. ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

→ Mini internacional Neuropsychiatric Interview) Versión en Español 5.0.0 DSM-IV

➔ (SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

I1 ¿Ha vivido o ha sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático, en el cuál otras personas han muerto y/o otras personas o usted mismo han estado amenazadas de muerte o en su integridad física?	➔ NO SÍ	1
I2 ¿Durante el pasado mes, ha revivido el evento de una manera angustiada (ej. Lo ha soñado, ha tenido imágenes vividas , ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas?	➔ NO SÍ	2

13 En el último mes:		
a. ¿Ha evitado usted pensar en este acontecimiento o en todo aquello que se lo puede recordar?	NO SÍ	3
b. ¿Ha tenido dificultad recordando alguna parte del evento?	NO SÍ	4
c. ¿Ha disminuido su interés en las cosas que le agradaban o en las actividades sociales?	NO SÍ	5
d. ¿Se ha sentido usted alejado o distante de otros?	NO SÍ	6
e. ¿Ha notado que sus sentimientos están adormecidos?	NO SÍ	7
f. ¿Ha tenido la impresión de que su vida se va a acortar debido a este trauma o que va a morir antes que otras personas?	NO SÍ	8
¿CODIFICO SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE 13?	➔ NO SÍ	

14 Durante el último mes:		
a. ¿Ha tenido usted dificultades para dormir?	NO SÍ	9
b. ¿Ha estado particularmente irritable o le daban arranques de coraje?	NO SÍ	10
c. ¿Ha tenido dificultad para concentrarse?	NO SÍ	11
d. ¿Ha estado nervioso o constantemente en alerta?	NO SÍ	12
e. ¿Se ha sobresaltado fácilmente por cualquier cosa?	NO SÍ	13
¿CODIFICO SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE 14?	➔ NO SÍ	

15 ¿En el transcurso de este mes, han interferido estos problemas en su trabajo, en sus actividades sociales, o han sido causa de gran ansiedad?	NO SÍ	14
	ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO ACTUAL	

CARACTERIZACIÓN DE LA VIOLENCIA

Este apartado tiene como objetivo indagar sobre la percepción de la entrevistada acerca de la violencia doméstica, las experiencias actuales y pasadas de sus relaciones con respecto a este tema. Las cuales se abordarán con preguntas como:

b) Representaciones en torno a la violencia

– Aceptación de la violencia

- ¿Cuáles considera que son los motivos y causas de la violencia de pareja?
- ¿Considera que esto ocurre más frecuentemente en hombres o en mujeres?
- ¿Por qué cree que sea así?

c) Experiencias previas de maltrato

Estas preguntas tienen como objetivo conocer si la entrevistada ha experimentado alguna forma de violencia previa a la situación actual de pareja.

- ¿A parte de su esposo o última pareja, ha vivido otras relaciones de pareja o familiares donde haya vivido maltrato?
- ¿En qué forma? (explorar tipos de violencia)
- ¿Quién lo hizo?
- ¿Cómo reaccionaba usted ante estas experiencias de violencia?
- ¿Con qué frecuencia lo hacía?

d) Antecedentes de la relación de pareja

Ahora le voy a pedir que me platiquemos acerca de su relación de pareja.

- ¿Cómo ha sido su relación de pareja?

f) Episodios de violencia

El propósito de esta sección es caracterizar la violencia que la entrevistada ha sufrido en su actual o última relación de pareja, los tipos de violencia, su frecuencia y la gravedad, así como la percepción de sí misma frente a la violencia vivida.

- ¿Cuál fue el la **primera experiencia** de violencia que vivió con su pareja y cómo fue? (indagar tipos de violencia y consecuencias)
¿Cuánto tiempo transcurrió después de estar casados para que ocurriera esto?
¿Recuerda cuáles fueron los motivos?
¿Qué hizo usted, qué hizo él?
- Esta relación de pareja ¿Cuál fue la **experiencia** de violencia que considera **más significativa** y cómo fue? (indagar tipos de violencia y consecuencias)
¿Recuerda cuáles fueron los motivos?

- ¿Por qué considera que fue la más significativa?
- ¿Qué hizo usted, qué hizo él?
- ¿Cuál fue la **última experiencia** de violencia que vivió con su pareja? (indagar tipos de violencia y consecuencias)
 - ¿Recuerda cuáles fueron los motivos?
 - ¿Qué hizo usted, qué hizo él?
 - ¿Hubo lesiones severas que requirieron atención médica en esta ocasión?
 - ¿La violencia estuvo dirigida hacia otras personas?
 - ¿Considera que este episodio es parecido a los anteriores?
- ¿Qué tan frecuente era la violencia en su relación?
- ¿La intensidad cambió del primer episodio al último? ¿Cómo?
- ¿Considera que todos los episodios siguen un mismo patrón o son todos diferentes?
- ¿Cuánto tiempo sufrió o ha sufrido estas situaciones?

e) Efectos de la violencia

- Después de vivir las experiencias de maltrato ¿Cómo se ha sentido?
- ¿Qué malestares ha presentado que asocie con la experiencia de maltrato?
- ¿En algún momento la violencia vivida le dificultó realizar sus actividades habituales?

Otras manifestaciones (Distorsión cognitiva):

- ¿Se ha sentido culpable por la violencia ocurrida?
- ¿Considera que pudo haber evitado la violencia? ¿Cómo?

f) Información

- ¿Tenía usted información sobre violencia de pareja? ¿Cuál era esa información?
- ¿Cómo la obtuvo?
- ¿Tenía usted información sobre lugares a dónde acudir a causa de la violencia? ¿Cuál era esa información?
- ¿Cómo la obtuvo?

f) Apoyo de personas cercanas

- ¿Ha comentado con alguien lo sucedido?
 - Si sí:* ¿A quién acudió? ¿Qué reacción tuvo? ¿Le ayudó? ¿Cómo?
 - Si no:* ¿Qué le impidió hacerlo?

DECISIÓN DE BUSCAR AYUDA FORMAL

Las preguntas de esta sección se refieren a los momentos en que la entrevistada ha buscado ayuda a causa de la violencia vivida, con la finalidad de indagar los factores que precipitaron que la informante tomara la decisión de buscar ayuda. Lo cual se abordará con preguntas como:

- ¿En qué momento se dio cuenta que algo en su relación no estaba bien o que era violenta?
- ¿Qué la hizo decidirse a buscar ayuda?
- ¿Cuáles considera que fueron los principales motivos por los que no se había decidido a buscar ayuda?
- ¿Cuánto tiempo transcurrió entre el episodio de violencia y solicitar ayuda?

ACCIONES REALIZADAS EN ESTA BÚSQUEDA

Este apartado tiene como objetivo reconstruir cuál fue la ruta recorrida por las mujeres, el principal motivo de consulta, el tiempo que tardó en pedir ayuda, así como la accesibilidad de los servicios solicitados. Lo cuál será abordado mediante preguntas como:

Preguntar para **todos los servicios** a los que haya acudido en busca de ayuda. (En el caso de los servicios subsecuentes es necesario preguntar cuánto tiempo transcurrido entre la última vez que pidió ayuda y la que está relatando)

- ¿A dónde acudió la primera vez a buscar ayuda?
- ¿Cuánto tiempo hace que solicitó ayuda?
- ¿Quién le sugirió acudir ahí?
- Consideración con respecto a la duración del trayecto hasta el Servicio
- Consideración con respecto al costo del servicio
- Consideración con respecto al tiempo que tardo en ser atendida
- En ese momento ¿cuál fue el mayor problema presentado?
- ¿Cuánto tiempo hacía que el problema había empezado?
- ¿Qué le dijeron?
- ¿Cómo la trataron en ese servicio?
- ¿Cree que obtuvo el apoyo que necesitaba?
- ¿Se sintió escuchada?
- ¿Qué pasó después de que solicitó ayuda?

CIERRE

Es importante agradecer a la informante su cooperación, tiempo y experiencia, reiterando que su información es muy valiosa y que si tiene algún comentario o duda puede plantearlas.