



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

**“TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL
CON PERSPECTIVA DE GÉNERO PARA VÍCTIMAS
DE VIOLENCIA CONYUGAL”**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
CASTILLEJO FRANCISCO ARACELI

DIRECTORA: MTRA. PATRICIA VALLADARES DE LA CRUZ

DICTAMINADORES: LIC. JOSÉ ESTEBAN VAQUERO CÁZARES

MTRO. ANTONIO CORONA GÓMEZ



Los Reyes Iztacala, Edo de México, Enero, 2013.



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

A mis padres

Porque gracias a su apoyo y consejos
he llegado a realizar la más grande de mis metas,
la cual constituye, la herencia más valiosa
que pudiera recibir.

Con admiración y respeto, este trabajo,
es dedicado para ambos,
es fruto de mi gran esfuerzo,
Nunca acabaré de agradecer lo que han hecho por mí.

A Fabiola

Porque ha sido parte de mi formación,
porque, me alientas a conseguir mis metas,
porque has estado en las alegrías y tristezas,
porque me has enseñado el valor de las cosas
que se ganan, con el esfuerzo, la lucha y entrega.
Gracias por el apoyo incondicional, que me das
todos los días, gracias papás, por haberme dado
a la mejor hermana, que pudiera existir.

A mis hermanas y hermanos

Muchas gracias, por todo el apoyo,
que me brindaron, por la espera,
por sus buenos consejos,
todos ustedes son mi gran equipo,
para poder realizar mis metas.

A mi asesora

Por transferirme el conocimiento,
por todo el apoyo, tiempo y paciencia, que me brindó,
por dejarme ser, parte del **PIAV**, y cada una de las
oportunidades, es un gran ser humano, le doy gracias
a la vida por haberla conocido. Sabe que por siempre
la admiraré.

Al profesor Vaquero

Gracias por cada una de sus enseñanzas, por todo el
apoyo, por los consejos y correcciones para realizar está
tesis.

Al profesor Antonio Corona

Por su gran apoyo, dedicación y por formar parte
de está meta, muchas gracias.

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| RESUMEN | 6 |
| INTRODUCCIÓN | 7 |
| CAPÍTULO 1: CONCEPTO DE GÉNERO | 10 |
| 1.1. Sexo | 10 |
| 1.2. Asignación de género..... | 10 |
| 1.3. Identidad de género..... | 11 |
| 1.4. Rol de género..... | 11 |
| 1.5. Definición de Género..... | 12 |
| CAPÍTULO 2: VIOLENCIA DE GÉNERO | 14 |
| 2.1. Definición de violencia de género..... | 14 |
| 2.2. Tipos de violencia de género..... | 15 |
| 2.3. Causas de violencia de género | 17 |
| CAPÍTULO 3: VIOLENCIA CONYUGAL | 20 |
| 3.1. Definición de violencia conyugal | 20 |
| 3.2. Tipos de violencia conyugal | 21 |
| 3.3. La escalada y el ciclo de violencia conyugal | 23 |
| 3.4. Características de las víctimas de violencia conyugal..... | 27 |
| 3.5. Características del hombre agresor..... | 27 |
| 3.6. Causas de violencia conyugal | 28 |
| 3.7. Consecuencias de violencia conyugal..... | 29 |
| 3.8. Estadísticas de la violencia conyugal (ENDIREH, 2006)..... | 31 |
| CAPÍTULO 4: PROGRAMA INTERDISCIPLINARIO DE ATENCIÓN A LA VIOLENCIA SEXUAL Y ESTUDIOS DE GÉNERO (PIAV) | 37 |
| 4.1. Investigación que se realiza en el Programa Interdisciplinario de Atención a la Violencia Sexual y Estudios de Género | 38 |
| 4.2. Atención a la comunidad | 38 |
| 4.3. Servicios interdisciplinarios | 39 |

| | |
|--|------------|
| CAPÍTULO 5: TERAPIA PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA CONYUGAL | 41 |
| 5.1. Terapia psicoanalítica..... | 41 |
| 5.2. Terapia cognitivo- conductual..... | 42 |
| 5.3. Terapia feminista | 43 |
| 5.4. Terapia breve e intervención en crisis | 43 |
| 5.5. Estudios de casos sobre violencia conyugal | 45 |
| | |
| CAPÍTULO 6: TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL CON PERSPECTIVA DE GÉNERO PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA CONYUGAL..... | 50 |
| Metodología | 51 |
| Procedimiento | 53 |
| Resultados | 84 |
| Discusión | 97 |
| CONCLUSIONES | 101 |
| ANEXOS | 114 |

RESUMEN

La violencia conyugal en México es un problema social, psicológico y político, que afecta principalmente a las mujeres, por lo que se debe prevenir, atender y eliminar. Para comprender el fenómeno de la violencia conyugal, se analizaron los conceptos de: género, violencia de género, así como las causas y tipos. El objetivo de esta tesis, fue describir y aplicar un tratamiento terapéutico a una víctima de violencia conyugal desde una perspectiva de género, con técnicas cognitivo-conductual. Con la finalidad de dar a conocer un procedimiento sistemático que mejore la atención de los usuarios.

Este tratamiento terapéutico está constituido por una pre-evaluación, aplicación del tratamiento y post-evaluación.

Los datos indican que la intervención terapéutica cognitivo-conductual, es funcional para víctimas de violencia conyugal, como se puede mostrar en las evaluaciones, se logró el objetivo del programa de intervención. La paciente pudo disminuir su nivel de ansiedad, reestructurar sus ideas negativas, manifestar sus derechos y sentimientos, definir los problemas, como tomar la decisión adecuada, y separarse de su cónyuge.

Se concluye que la violencia conyugal se debe al sistema patriarcal, en donde el hombre tiene el poder de mandar y se espera que la mujer obedezca. Estas ideas y representaciones de machismo y sumisión, son aprendidas en el proceso de socialización en la niñez por medio de la cultura y sociedad. Así las víctimas de violencia conyugal, tienen muy arraigadas estas ideas, y para ellas no es fácil salir del círculo violento ya sea por dependencia emocional, económica o miedo a su agresor, como consecuencia se presentan síntomas, como ansiedad, depresión, suicidio, etc.

El tratamiento cognitivo-conductual con perspectiva de género resulta ser una buena alternativa terapéutica.

INTRODUCCIÓN

Un tema que ha llamado la atención, en los últimos años, es la violencia conyugal, y sus principales víctimas han sido las mujeres por la falta de poder y desigualdad. Esto se debe a un sistema social patriarcal, en éste, se enseña a que la mujer debe ser sumisa, incondicional, sensible, comprensiva, buena madre y esposa. Mientras el hombre debe ser fuerte, exitoso, agresivo, frío y competitivo, no debe aceptar derrotas, le corresponde la economía del hogar, tienen libertad sexual y es quien lleva el mando de la casa y se espera que la mujer obedezca. Este conjunto de ideas, representaciones y atribuciones sociales construidas en cada cultura. Se define como género, cómo deben ser las mujeres y los hombres en la sociedad.

Según la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007, en: <http://www.gobernación.gob.mx/ley-general-acceso-mujeres-vida-libre-violencia.pdf>) define la violencia contra las mujeres como cualquier acto u omisión que cause daño o sufrimiento emocional, físico, económico o sexual incluso la muerte tanto en el ámbito privado como en el público. Dicha violencia está basada en el sometimiento, discriminación y control que se ejerce sobre las mujeres en todos los ámbitos de su vida, afectando su libertad, dignidad, seguridad e intimidad, violentando así el ejercicio de sus derechos. Estos tipos de violencia dejan consecuencias: emocionales, físicas y sociales. Que afectan a diversas esferas de nuestra vida, de manera cada vez más evidente, todos estamos expuestos a la violencia y todos podemos generarla en distintas formas. La violencia no toma en cuenta diferencias de etnia, religión, edad o género ni tampoco nivel socioeconómico; podemos encontrarla en el trabajo, en la calle, en la comunidad y hasta en nuestra propia casa, como es el caso de violencia conyugal.

Es importante entender que cuando se presenta cualquier tipo de violencia, en una relación es parte de una sociedad de impunidad y desigualdad. Estos episodios de violencia son reprobables, que ningún ser humano debe permitir y además están atentando contra sus derechos humanos.

Muchas veces las víctimas son mujeres y no denuncia a su agresor por miedo a represalias. Y en otras situaciones no dejan a su agresor porque se sienten culpables, con vergüenza, temor, confusión, dependencia emocional y económica.

Actualmente la violencia de género, es decir, la violencia que ejercida de los hombres así a las mujeres es una preocupación central y se ha buscado hacer reformas, a favor de los derechos de las mujeres como la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. En esta se consigna la responsabilidad del Estado mexicano de proteger a las mujeres de los tipos de violencia que las amenazan, principalmente a niñas y mujeres adultas.

La terapia psicológica es una herramienta, que ayuda a las mujeres a llevar una vida más funcional. En el programa Interdisciplinario de Atención a la Violencia Sexual y Estudios de Género (PIAV) se atiende a víctimas de violencia, es un programa de investigación de psicología de la FES Iztacala inició su funcionamiento en Mayo de 1988, en los casos de las víctimas de este tipo de violencia; se realiza psicoterapia breve de 12 sesiones y la duración de cada sesión es de 1 hora.

El objetivo de este trabajo, fue describir y aplicar un tratamiento terapéutico a una víctima de violencia conyugal desde una perspectiva de género, con técnicas cognitivo-conductual. Con la finalidad de dar a conocer un procedimiento sistemático que mejore la atención de los usuarios.

En el Capítulo 1 se describe el concepto de género que comprende (Asignación, Identidad y rol de género).

En el Capítulo 2 se habla de violencia de género, definición, tipos y causas.

En el Capítulo 3 se explica la violencia conyugal, tipos, características de las víctimas y hombre agresor, causas, consecuencias y estadísticas (ENDIREH, 2006).

En el Capítulo 4 se describe en qué consiste el programa Interdisciplinario de Atención a la Violencia Sexual y Estudios de Género (PIAV) de la FES Iztacala.

En el Capítulo 5 se muestran distintas terapias, para víctimas de violencia conyugal.

En el Capítulo 6 se expone el tratamiento cognitivo-conductual, con perspectiva de género para víctimas de violencia conyugal.

La violencia conyugal se debe al sistema patriarcal, en donde el hombre tiene el poder de mandar y se espera que la mujer obedezca, y mientras la sociedad no cambie la idea, de que la mujer debe ser sumisa, incondicional, sensible, tolerante, comprensiva, sacrificada, buena madre y se le da un valor de inferioridad, mientras al hombre se le da un valor de superioridad y un papel antagónico que debe ser; fuerte, viril, competitivo, potente, exitoso, agresivo, frío un macho, se seguirá presentando la violencia de género.

1. CONCEPTO DE GÉNERO

Para entender de manera más clara, el concepto de género, es importante definir cuatro puntos que son: sexo, asignación, identidad y rol de género, que se explicarán, desde la teoría de distintos autores, que han dado crecimiento a las investigaciones de género, para el bienestar psicológico y desarrollo social del ser humano.

1.1 Sexo

Inicialmente la biología, con sus investigaciones, nos ha tratado de explicar la definición de sexo. Según Crooks y Baur (2000) mencionan que la palabra sexo se refiere a nuestra feminidad o masculinidad biológica. Y señalan que existen dos aspectos del sexo biológico: el sexo genético, el cual se determina por nuestros cromosomas sexuales, y el sexo anatómico, las diferencias físicas entre hombres y mujeres.

Al respecto Venegas, Pérez y Bhattacharjea (2006) mencionan que son las diferencias biológicas que existen entre hombres y mujeres. Ya que genéticamente tenemos cromosomas diferentes, de los 23 pares que tiene la especie humana, un par se diferencia siendo XX para las mujeres y XY para los hombres. De este modo, hombres y mujeres tienen características sexuales distintas: genitales internos y externos así como características secundarias como vello, la voz o el pecho.

1.2 Asignación de género

Desde nuestro nacimiento, e incluso antes de nacer, nuestros comportamientos y pensamientos ya están condicionados por el género. Lo primero que se pregunta a una mujer embarazada o a su pareja, es por el sexo del futuro bebé, es común escuchar por los futuros padres, prefiero una niña porque es cariñosa o prefiero un niño, porque es independiente. A estos futuros bebés ya les están atribuyendo, comportamientos, actitudes, intereses y prioridades (Venegas, Pérez y Bhattacharjea, 2006).

Por lo tanto la asignación se da en el momento en que nace el bebé, a partir de la apariencia externa de sus genitales. Se le nombra como niña o niño por el

adulto, y comienza una carga de patrones culturales. Por ejemplo el color de la ropa, si es niña rosa, muñecas, si es niño azul, carritos. (Lamas, 2009 en: [http://www.egeneros.org.mx/archivos/la_perspectiva de género. pdf](http://www.egeneros.org.mx/archivos/la_perspectiva_de_g%C3%A9nero.pdf)).

1.3 Identidad de género

Apartir de la asignación que el adulto otorgó al bebé, comienza la identidad entre los dos o tres años de edad por medio de juegos, sentimientos, actitudes y comportamientos según al género que pertenece. Así la identidad se define como el grado en que cada persona se identifica como masculino o femenino según seamos mujeres u hombres. Todo ello unido a la creencia de que somos distintos y en función de ello, así nos valora la sociedad (Venegas, Pérez y Bhattacharjea 2006).

1.4 Rol de género

Posteriormente comienzan los roles de género que son un conjunto de normas, actitudes, conductas, habilidades y rasgos de personalidad que una cultura considera apropiada para hombres o mujeres. Es decir, que las mujeres se dediquen al hogar y los hombres al trabajo (Papalia, Wendkos y Duskin, 2005).

Cuando una cultura ya aceptó estas creencias, normas, actitudes o conductas, y considera que así deben ser todas las mujeres y todos los hombres, ya estamos hablando de roles estereotipados, que son categorías amplias que reflejan nuestras impresiones y creencias sobre los hombres y las mujeres (Santrock, 2004).

Ejemplos de roles estereotipados:

Mujer: Rol reproductivo (Ama de casa, madre, cuidadora).

Hombre: Rol productivo (Cabeza de familia, trabajador).

Una vez aclarados y entendidos los conceptos de sexo, que hace referencia a las diferencias biológicas reales entre hombres y mujeres. Mientras que asignación (ser considerado mujer o hombre), identidad (sentirse mujer o hombre) y rol de género (comportarse como mujer o hombre) son construcciones sociales. Pasaremos a la explicación del concepto de género.

1.5. Definición de Género

Durante varios años, se han realizado diversas definiciones sobre género. Por lo que es necesario considerar algunas influencias, que marcaron el seguimiento de este tema. Una de las principales autoras fue

Lamas (2002) menciona que:

Género es el conjunto de ideas sobre la diferencia sexual que atribuye características “femeninas” y “masculinas” a cada sexo, a sus actividades, conductas, y a las esferas de la vida. Esta simbolización cultural de la diferencia anatómica toma forma en un conjunto de prácticas, ideas, discursos y representaciones sociales que dan atribuciones a la conducta objetiva y subjetiva de las personas en función de su sexo. Así, mediante el proceso de constitución del género, la sociedad fabrica las ideas de lo que deben ser los hombres y las mujeres (p.57).

Por lo que Molina (2010) señala que género se utiliza para referirnos a las diferencias sociales y culturales que existen en hombres y mujeres. Por lo que se distingue del concepto de sexo, ya que con este nos referimos a las diferencias biológicas que existen entre hombre y mujeres. Estas construcciones culturales, producto de la sociedad son aprendidas y tienen una gran influencia en el ser humano.

Mientras Barea (2004) expone que con la palabra género nos referimos a los atributos y oportunidades asociados con ser hombre y ser mujer, y a las relaciones socioculturales entre ambos. Se generan y se especifican a través de la cultura de cada sociedad.

A lo que Torres (2001) afirma que el género se establece en la sociedad, como un deber ser, hacer, pensar o sentir para los hombres y mujeres. Estas características no son definidas en el interior de una pequeña comunidad, como la familia. Si no que son asignadas socialmente.

Finalmente McDowell (2000) menciona que el género lo define nuestra sociedad y que nuestros comportamientos y pensamientos se realizan en

función de ella. Es decir el comportamiento y la actitud adecuada de lo que se debe ser masculino y lo que se debe ser femenino. En los sistemas sociales como el trabajo, la casa, el bar o el gimnasio.

Por su parte Beatres (2009) añade que las responsabilidades, pautas de comportamiento, valores, gustos, limitaciones, actividades y expectativas, que la cultura asigna en forma diferenciada a hombres y mujeres. Es un conjunto de rasgos y que son asignados para hombres y mujeres en una sociedad, y que son adquiridos en el proceso de socialización. Como señalan (Shibley y DeLamater , 2006). Son creencias y expectativas en cuanto a la conducta del individuo que la sociedad le trasmite y esta socialización ocurre especialmente en la infancia, a medida que se enseña a los niños y niñas a comportarse o pensar como se espera que lo harán en la adultez.

Al hacer una revisión teórica de estos distintos autores sobre el tema de género, se coincide en que las únicas diferencias reales entre hombres y mujeres son biológicas y que el concepto género se refiere a un conjunto de ideas, representaciones y atribuciones sociales, construidas en cada cultura basada en la diferencia sexual. Es un concepto histórico de cómo deben ser las mujeres y los hombres en la sociedad. Es importante entender el concepto de sexo y género, ya que el mal entendimiento de estos conceptos ha generado una división entre hombres y mujeres. Por la idea de que al ser biológicamente diferentes, hombres y mujeres no tienen las mismas capacidades intelectuales, y por lo tanto no se tienen los mismos derechos y oportunidades, de empleo, salario, opiniones y toma de decisiones. Por lo que según esto, les pertenecen distintos roles. Es decir a la mujer le pertenece la maternidad y el cuidado de los hijos, y al hombre engendrar y ser proveedor. No se ha llegado a entender que la mujer y el hombre son seres iguales, lo único que los hace ser diferentes son los genitales, ya que el género es un producto social que puede cambiar. Por lo tanto la mujer y el hombre tienen los mismos derechos.

2. VIOLENCIA DE GÉNERO

En el capítulo 1 se analizaron, los conceptos de sexo, asignación, identidad y rol de género para llegar a la explicación de género, y así poder introducirnos a la definición de violencia de género, desde la teoría de distintos autores.

2.1 Definición de violencia de género

Según la ONU (1994, en: <http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf>) menciona “que es todo acto de violencia basada en la pertenencia al sexo femenino, que tenga como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual y psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”.

Por su parte Molina (2010) señala que es toda violencia que se ejerce hacia las mujeres por los hombres, incluye malos tratos, como son agresiones físicas o sexuales, mutilación genital, infanticidios femeninos, etc.

El abuso se traduce en violencia, la cual es una manifestación de poder y autoridad dirigido al dominio, control sometimiento o castigo. Ocasiona daño, lesión, incapacidad o incluso puede llegar a causar la muerte. Por este problema de violencia de género. A partir de febrero de 2007, se dispone la (Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en: <http://www.gobernacion.gob.mx/ley-general-acceso-mujeres-vida-libre-violencia.pdf>). Ésta consigna la responsabilidad del Estado mexicano de proteger a las mujeres de los tipos de violencia que las amenazan, principalmente a niñas y mujeres adultas mayores.

Además, asienta las bases legales sobre cómo se coordinarán las dependencias federales y los tres órdenes de gobierno para conjuntar esfuerzos, instrumentos, servicios y políticas con el propósito de prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en todo el territorio nacional.

Las investigaciones sobre violencia de género han recorrido un largo camino que han llevado a los autores hacer un intento por explicar las causas de tal violencia.

2.2. Tipos de violencia de género

La violencia de género ocurre en diferentes grados y matices que pueden esquematizarse de esta manera: a) agresiones físicas y verbales de contenido sexual, b) hostigamiento sexual, c) abuso sexual infantil, d) violación, e) violencia familiar, f) prostitución forzada, g) prácticas tradicionales como mutilación genital, dote, h) feminicidio i) violación masiva de mujeres en conflictos armados, j) el asesinato de neonatos por cuestiones de género, y k) la tortura (Valladares, 2009).

-Hostigamiento sexual

El objetivo del hostigamiento sexual es acosar sexualmente a una persona en forma continua (Aresti, 2003). Existe una ley del hostigamiento sexual del código penal federal (Artículo, 259 bis) menciona que la persona que acose, valiéndose de su posición jerárquica derivada de sus relaciones laborales, docentes, domésticas o cualquier otra que implique subordinación, se le impondrá sanción de hasta cuarenta días de multa. Solamente será válido el hostigamiento sexual, cuando se cause un perjuicio o daño. Y sólo se procederá contra el hostigador, a petición de parte ofendida.

-Abuso sexual infantil

Se habla de abuso sexual cuando se involucra a una niña o niño en actividades sexuales de cualquier tipo, mediante el uso de maniobras coercitivas por parte de la persona abusadora, tales como la seducción, la manipulación, la amenaza, el engaño y el chantaje, o bien mediante la fuerza (INMUJERES, en: <http://www.inmujeres.df.gob.mx>).

-Violencia familiar

Se define como cualquier acto u omisión basada en poder, dirigida a dominar, someter, controlar o agredir a cualquier miembro de la familia. Todas las formas de violencia familiar constituye el abuso de poder (Álvarez, 2005).

-Violencia laboral

Se define a todo acto o incidente de violencia que ocurre en el lugar de empleo, incluye ataques físicos, verbales, intimidaciones, amenazas, acoso moral y violaciones sexuales (Gómez y Ramírez, 2005).

-Prostitución forzada

Se trata de una violación a los derechos humanos más fundamentales de mujeres y niñas, que con engaños se las llevan de su país de origen, para prostituir las, por lo que las privan de su libertad y dañan, su integridad física (ONU, 1994).

-Prácticas tradicionales como mutilación genital

Se da en algunas culturas que lo toman como tradición y privan a las mujeres de su libertad sexual, generando graves consecuencias en su salud (Chillida, Gomáriz y Soleto, 2007).

-Feminicidio

Tiene que ver con los asesinatos de mujeres, es una forma extrema de la violencia que es ejercida por los hombres contra las mujeres, por su ambición de poder, dominación y control (ONU, 1994).

-Violación masiva de mujeres en conflictos armados

Se da en los conflictos de guerra y se emplea la violación de mujeres para humillar al enemigo y obtener poder. Estas mujeres tienen como consecuencias físicas, psicológicas. Y en su propia comunidad de origen son rechazadas (ONU, 1994).

-Tortura

Se define como cualquier acto que ocasione un dolor, sufrimiento o daño grave a una persona con el fin de obtener información por ser sospechosa de un delito (Benenson, 2002).

La violencia contra la mujer es la resultante de un proceso histórico sustentando en un rígido modelo de relaciones de dominación, en una infraestructura social e histórica apoyada en las diferencias entre los sexos.

Esta violencia se manifiesta en el hogar, en el trabajo, en el colegio, incluso en la calle, impacta en la vida de todas las mujeres como amenaza que caracteriza el poder de los hombres sobre ellas. Situación que se ha institucionalizado o normalizado, y así se ha aceptado por la sociedad una construcción desigualitaria (Castillo, 2002).

2.3. Causas de violencia de género

Según la literatura menciona que la violencia de género es una realidad que se vive actualmente en México. Esto se debe a factores culturales y sociales, es decir, el hombre aprende mediante el proceso de socialización, patrones de superioridad, valores patriarcales y conductas violentas, mientras la mujer aprende conductas y valores sumisos que son reproducidos en la adultez.

Por ejemplo: El hombre debe ser: fuerte, exitoso, agresivo, frío y competitivo, mientras la mujer debe ser: sumisa, incondicional, sensible, comprensiva, buena madre y esposa. Es por ello, que se ejerce la violencia de género en los hogares y en la sociedad (calles, escuelas, trabajo, medios de comunicación, empresas, política e instituciones, etc).

Como menciona Valladares (cit. en Gutiérrez y Bustos, 2010) menciona que estos estereotipos son recreados y reproducidos en los medios masivos de comunicación y reforzados en las instituciones de socialización, educativas y religiosas, deportivas entre otras.

Según Valladares (1993) menciona que los factores que predisponen a la violencia de género en los hogares y en la sociedad son los siguientes:

- La mujer tiene un bajo poder social
- Vulnerabilidad
- Menor economía
- Déficit en habilidades
- Autoprotección
- Falta de información sobre los derechos de la mujer

En los hombres encontramos que:

- Tienen poder social
- Autoridad sobre la víctima
- Manifestación exagerada de roles sexuales
- Déficit en habilidades sociales
- Agresión
- Excitación desviada

Si juntamos estos factores, inevitablemente son terrenos perfectos, para que pueda presentarse violencia de género, es decir, violencia hacia la mujer (ver cuadro 1).

TRÍADA VIOLATORIA

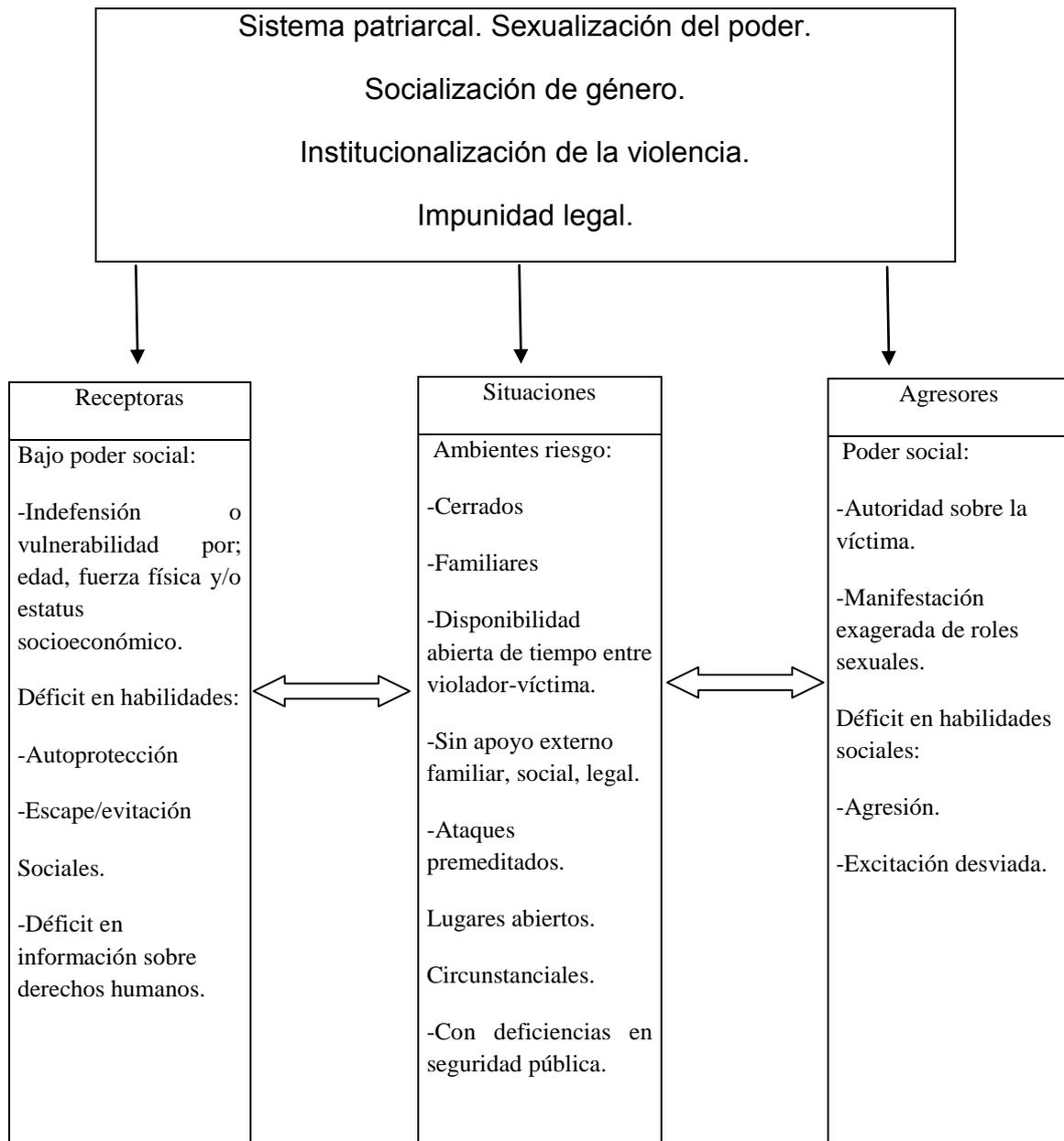


Figura 1. Modelo que explica la violencia de género (Valladares, 1993)

3. VIOLENCIA CONYUGAL

En el capítulo 2 se explicó la violencia de género sus causas y tipos, que se refiere a cualquier acto de violencia que sea provocado por el hombre, hacia la mujer. Es un concepto importante, que debe ser entendido para poder abordar la violencia conyugal, desde la teoría de distintos autores.

El concepto de violencia familiar, involucra el maltrato infantil, la violencia conyugal, el maltrato a ancianos y la violencia entre hermanos. Es importante mencionar que se retomara el concepto violencia conyugal, ya que esta investigación está enfocada a la violencia que el esposo o conviviente, ejerce en contra de su compañera con quien vive.

3.1. Definición de violencia conyugal

Los conceptos de violencia familiar, violencia intrafamiliar, violencia doméstica, violencia de pareja o conyugal. Han sido utilizados como sinónimos por varios autores al tratar el tema de la violencia que el hombre ejerce, en contra de la mujer. A continuación se expondrán algunas definiciones.

Según Álvarez (2005) menciona que la violencia familiar se define “Como un conjunto de actitudes o de comportamientos abusivos de un miembro de la familia que tiene como objetivo controlar a otro, de manera que éste actúe de acuerdo con sus deseos. Bajo este tipo de conducta, se pueda comprender la sobrevivencia, la seguridad o el bienestar de otro miembro. Todas las formas de violencia familiar tiene un punto en común: constituyen un abuso de poder y de confianza” (p.29).

Mientras INDESOL (2003) menciona que es cualquier acto basado en el poder, que tenga como objetivo, dominar , someter, o agredir a cualquier miembro de la familia dentro o fuera del domicilio y que tenga o haya tenido alguna relación de pareja.

ENDIREH (2003) menciona que se define como un conjunto de agresiones psicológicas, físicas y sexuales que ocasionan algún daño a los integrantes con menor poder en el hogar.

NOM -046-SSA2-2005 define que es el acto, u omisión, único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia en contra de sus integrantes de la misma. Esta violencia comprende el abandono, maltrato físico, psicológico, sexual y económico.

3.2. Tipos de violencia conyugal

La mayoría de los autores (Torres, 2001, Indesol, 2003, Álvarez, 2005, ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia 2007, en: <http://www.gobernacion.gob.mx/ley-general-acceso-mujeres-vida-libre-violencia.pdf>, Valladares, 2009, Ferrero, 2009,) mencionan que existen distintos tipos de violencia, como la psicológica, física, sexual, económica y violencia hacia los hijos.

Violencia psicológica

La violencia psicológica, es cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que pueda consistir en: negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas, las cuales conllevan a la víctima a la depresión, al aislamiento, devaluación de su autoestima e incluso al suicidio.

Se caracteriza por las actitudes y conductas que un miembro de la familia tiene hacia otro en cuanto a denigrar, criticar o humillar, intimidar o amenazar, controlar, sobrerresponsabilizar, simular la indiferencia, o algún otro comportamiento que afecte el equilibrio emocional de un miembro de la familia.

El propósito de esta violencia es degradar y controlar los comportamientos y decisiones de la mujer ocasionándole un daño emocional que afecta su desarrollo y libertad.

Violencia física

Se define como cualquier acto que inflige daño no accidental, usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones ya sean internas, externas, o ambas.

Se caracteriza por todos los actos de agresión, utilizando alguna parte del cuerpo, arma, objeto o alguna sustancia que pueda causar daño a la integridad física de la persona. Por lo que puede ocasionarle leves o graves lesiones.

Los actos de agresión son golpes, apaleos, cinturonzos, bofetadas, tirones de cabello, apretones dolorosos, pellizcos, empujones, patadas, intentos de ahorcamiento, mordeduras, cortes, quemaduras, abandono en un lugar peligroso.

Violencia sexual

Se define como cualquier acto que degrada o daña el cuerpo y/o la sexualidad de la víctima y que, por tanto, atenta contra su libertad, dignidad e integridad física. Es una expresión de abuso de poder que implica la supremacía masculina sobre la mujer, al denigrarla y concebirla como objeto.

Es cualquier acto que degrada o daña el cuerpo o la sexualidad de la víctima y que por lo tanto atenta contra su libertad, dignidad e integridad física.

Violencia económica

Se define como toda acción u omisión del agresor, que afecta la supervivencia económica de la víctima. Se manifiesta a través de limitaciones encaminadas a controlar el ingreso de sus percepciones económicas, así como la percepción de un salario menor por igual trabajo, dentro de un mismo centro laboral.

Se caracteriza por actos, de incumplimiento de las obligaciones alimenticias y destrucción o despojo de bienes, financieros.

Es toda acción u omisión del agresor que afecta la supervivencia económica de la víctima. Se manifiesta a través de limitaciones encaminadas a controlar el ingreso.

Violencia hacia los hijos

La violencia hacia los hijos son todos aquellos abusos físicos, sexuales y emocionales. También se pueden mencionar la falta de alimentos, higiene y ropa.

Esta violencia puede ser cualquier golpe, regaños excesivos, actitudes para hacer sentir mal al infante, como decirle que es un tonto, inútil, torpe o que no sirve para nada.

Es importante tener en claro, los tipos de violencia conyugal, para poder explicar la escalada y el ciclo de la violencia conyugal, que tiene una gran relevancia.

3.3. La escalada y el ciclo de la violencia conyugal

La escalada de la violencia, se define como un proceso paulatino y ascendente de etapas en las que la intensidad, y la frecuencia de las agresiones se va incrementando a medida que pasa el tiempo (Gálvez, 2005).

Primero se presentan las agresiones psicológicas, posteriormente las agresiones verbales, físicas, sexuales, hasta que se llega a la muerte violenta.

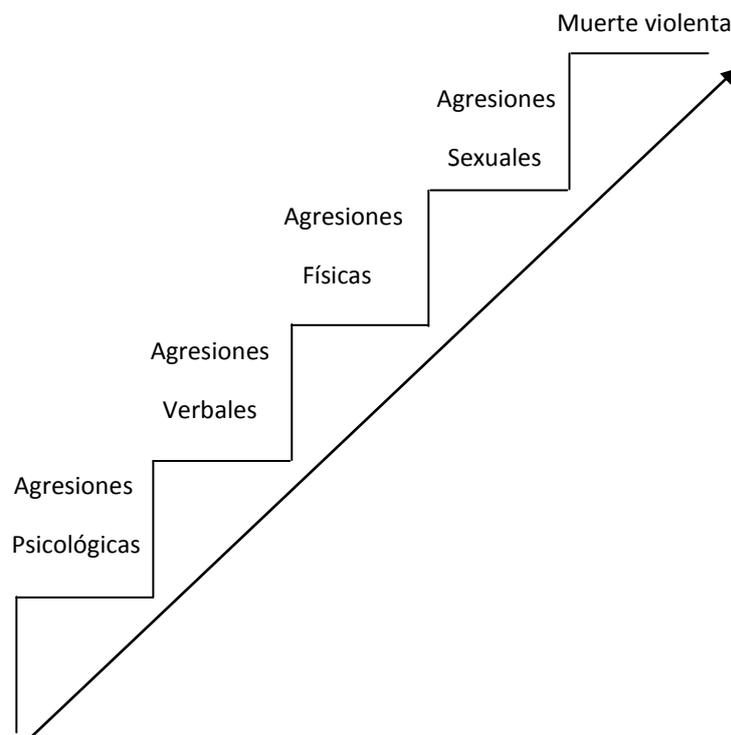


Figura 2. Modelo que explica la escalada de la violencia (Gálvez, 2005)

Como se explicó con anterioridad, las agresiones psicológicas: Se tratan de conductas restrictivas y controladoras, como los celos, prohibición de amistades, ropa, control de horarios, amenazas, etc. Agresiones verbales: Insultos, ridiculizar, humillar, etc. Agresiones físicas: Golpes, empujones, galones de cabello, bofetadas, patadas pellizcos, quemaduras, etc. Agresiones sexuales: Obligar a la otra persona a tener relaciones sexuales. Muerte violenta, se llega a este punto, cuando la violencia aumentado progresivamente y la víctima no tiene escapatoria.

El ciclo de la violencia conyugal, se compone por tensión, fases de luna de miel y la negación.

Tensión

Según (Barea, 2004) menciona que la tensión crece en el hombre por diversas razones, como pueden ser problemas familiares o estrés en el trabajo. Su conducta se vuelve violenta a pesar de los grandes esfuerzos de la víctima, para satisfacerlo y calmarlo.

El hombre explota y castiga a su compañera. Por lo que ella resulta dañada a nivel psicológico y físico. El agresor con esta conducta violenta, muestra su poder y control, a su víctima.

La tensión, el agresor la trasforma en insultos, golpea, rompe objetos, se emborracha, no le habla a la víctima durante días, tiene conflictos con otras personas, obliga a su pareja a tener relaciones sexuales, limita a la víctima en su economía, la avergüenza en público y amenaza con llevarse a sus hijos.

Ella no toma represarías, ni demuestra enfado, solo trata de justificarlo, por lo que el agresor, siente que tiene todo el poder. Y ella se siente impotente, débil y sin apoyo.

Fases de luna de miel

Se presenta una manipulación emocional, el agresor promete cambiar y pide perdón, le compra cosas y hace todo lo que su compañera le dice, trata de complacerla, pero al pasar un tiempo esto se acaba. El agresor decide cuando empieza y cuando termina esta fase. Si la víctima decide denunciarlo el vuelve

a pedirle perdón, promete cambiar, ser buen padre y buen esposo. El hará lo que sea para volverla a convencer.

Cuando él agresor cumple con su objetivo, comienza de nuevo la irritabilidad y la tensión aumenta y termina la etapa agradable. Por lo que él vuelve con las agresiones psicológicas, físicas y sexuales. Después de este incidente violento, intenta convencerla nuevamente con regalos extravagantes, promesas de cambio y si esto no le funciona comienza con acosos, insultos, manipulaciones de los niños, amenazas de suicidio. El agresor intenta hacerle la vida más difícil, por lo que ella se siente desesperada y con menos poder, por lo que siente que no puede vivir sin su compañero.

La negación

El hombre niega haberle pegado, le da privilegios a ella, comentando ella es la que manda en casa, ella es feliz conmigo, una y otra vez se justifica, tuve que amenazarla porque ella enloqueció y asusto a los niños, pero yo no me atrevería hacerle ningún daño. Yo juro que ningún hombre le aguantaría, lo que yo le aguanto.

Esta estructura hace más difícil que la víctima termine con esa relación destructiva. Ya que piensa que en algún momento su compañero cambiara y que solo son etapas de la pareja. Por lo que desgraciadamente no es así, al contrario la violencia se vuelve más frecuente y llega a los extremos es decir, el trato así ella es degradante, le pega y amenaza con matarla, que en algunos casos los agresores esta amenaza la cumplen (Barea, 2004).

En algún momento, llegamos a preguntarnos ¿Cuáles son las condiciones que alimentan esta violencia conyugal?

-Dependencia emocional y económica

-Miedo a su agresor

-Confusión y vergüenza

-Temor al juicio social y familiar

-Falta de motivación para buscar ayuda

Es importante que las víctimas busquen ayuda psicológica y legal, en las distintas instituciones, y así puedan salir de este desagradable ciclo de violencia conyugal.

Esquema del ciclo de la violencia

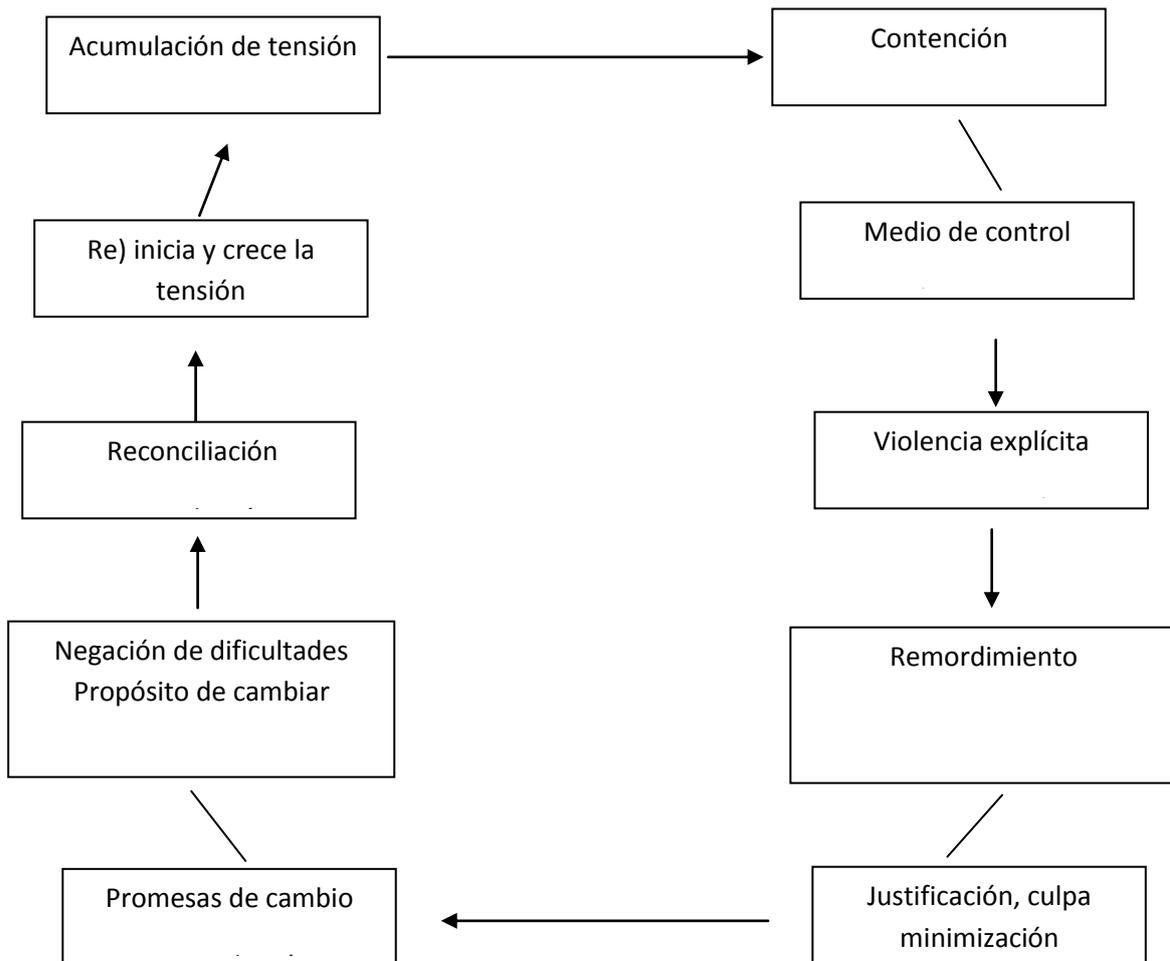


Figura 3. Se muestra el ciclo de la violencia conyugal, por etapas (Modelo integrativo para la prevención de la violencia familiar y sexual, 2009)

3.4. Características de las víctimas de violencia conyugal

La mayoría de los investigadores coinciden en las siguientes características de víctimas de violencia conyugal.

- Poseer un nivel cultural mínimo (Mora, 2008).
- Una dedicación total de las tareas domesticas (Mora, 2008).
- Dependencia económica (Mora, 2008).
- Apoyo social escaso (Mora, 2008).
- Baja autoestima (Mora, 2008 y Molina 2010).
- Son inseguras (Mora, 2008 y Molina 2010).
- Tienen personalidad sumisa (Mora, 2008 y Molina 2010).
- Se sienten inferiores (Mora, 2008 y Molina 2010).
- Dependencia emocional (Mora, 2008 y Molina 2010).
- Estereotipo patriarcal (Molina 2010).

3.5. Características del hombre agresor

- Carencia de empatía (Mora, 2008).
- Autoestima baja (Amata, 2004 y Mora, 2008).
- Celotípico (Amata, 2004 y Mora, 2008).
- Consumo de alcohol o droga (Mora, 2008).
- Impulsivo (Mora, 2008).
- Estereotipo patriarcal (Mora, 2008 y Molina ,2010).
- Antecedentes de maltrato (Amata, 2004).

3.6. Causas de violencia conyugal

Una de las principales causas de violencia conyugal, están relacionadas con factores culturales y sociales, como es el modelo antiguo patriarcal en donde el hombre lleva el mando y se espera que la mujer obedezca, sintiéndose las mujeres como inferiores ante los hombres, con quienes viven, disminuyendo su autoestima y consideran que dependen de este emocional y económicamente, esto hace un terreno fértil para desarrollarse este tipo de violencia. Es por ello, que las víctimas se rehúsan a dejar a su agresor y sentirse culpables de tal violencia (ENDIREH, 2003 en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/endireh/Default.aspx>).

Son patrones de conducta que se aprenden desde la niñez a través del proceso de socialización. Estos definen las conductas aceptables en la sociedad para hombres y mujeres (Ramos, 2005).

Según Amata (2004) menciona que desde la niñez, la mujer y el hombre reciben la influencia de mensajes que moldean muchos rasgos de personalidad y también sus creencias, opiniones y modos de comportamiento. Por ejemplo un varón recibe el mensaje que debe responder agresivamente, por lo que, la violencia se vuelve un medio aceptable para afirmar su poder y personalidad. Por lo que las tensiones y ansiedades las resuelve con explosiones de ira contra objetos. Mientras las niñas se les enseña que deben de ser sensibles, sumisas y deben tolerar y repetir estas agresiones. Cuando las personas son educadas en un sistema patriarcado, siempre van a recurrir a la violencia porque es una conducta aprendida. Es decir su estructura se mantiene en el sexismo que es el desprecio de las mujeres y la creencia de que es conveniente ejercer sobre ellas el dominio y forzarlas a la sumisión, además de dedicarlas a las tareas serviles y rutinarias. Y la misoginia es el odio y el miedo a las mujeres, que también está estrechamente relacionado con las creencias acerca de la inferioridad de las mujeres y la necesidad de que sean controladas por los hombres.

Molina (2010) “menciona que la violencia no es un comportamiento natural, es una actitud aprendida mediante la socialización. El aprendizaje para dominar se legitima con una serie de valores que limitan en los hombres la compasión y la empatía” (p.139).

3.7. Consecuencias de violencia conyugal

La mayoría de los autores (García, 2000, Espinar, 2004, Álvarez, 2005, Ramos, 2005) coinciden que las consecuencias de la violencia conyugal, pueden ser físicas, psicológicas, sociales, familiares y económicas.

Consecuencias Físicas

Estas se refieren a los casos de homicidio, lesiones graves, o permanentes como son los golpes que provocan heridas o cicatrices en diferentes partes del cuerpo, dolor de cabeza, fatiga constante, dolores musculares, insomnio, exceso del sueño, quemaduras y rasguños.

Consecuencias psicológicas

Se refieren a todo lo que ocasionan un deterioro en la estabilidad emocional, mental, cognitivo o conductual de las personas que viven situaciones de maltrato.

Por ejemplo el temor: Que es un síntoma normal, en estas víctimas por las repetidas amenazas por parte del agresor.

Inseguridad: Las víctimas se sienten indecisas en la toma de decisiones

Culpa: La víctima considera que lo que sucedió, es culpa de ella, porque en algún momento no hizo las cosas bien, y merecía ser castigada.

Vergüenza: Considera que es la única persona que ha pasado por estas situaciones de violencia, por lo que prefiere quedarse callada y no expresar como se siente.

Aislamiento: A la víctima le resulta difícil integrarse y comunicarse con los demás, como las amistades y familia.

Baja autoestima: La víctima tiene poca valoración de su propia persona.

Efectos en la salud

-Depresión: Pérdida del sentido de la vida

-Enfermedades de transmisión sexual: Existe el riesgo que la víctima sea contagiada de infecciones de transmisión sexual, cuando la víctima es forzada a mantener relaciones sexuales sin protección.

-Embarazos no deseados.

-Desordenes alimenticios como pueden ser la bulimia o anorexia.

-Desarrollo de conductas dañinas para la salud, como alcoholismo, tabaquismo, drogadicción.

Consecuencias Sociales

Podemos referirnos a la pérdida de habilidad para relacionarse con las personas, pérdida de amistades y trabajo, predisposición accidentes o conflicto, ausentarse en el trabajo.

Consecuencias Familiares

Las principales consecuencias de la violencia familiar, se presenta la baja autoestima, aislamiento, depresión, ansiedad, tristeza, deseos de morir, miedo crónico, problemas de concentración, cambios de humor constante.

Consecuencias Económicas

Finalmente se presentan las consecuencias económicas como son: la pérdida de propiedades, pérdida de economía y pobreza.

3.8. Estadísticas de violencia conyugal (ENDIREH, 2006)

En el año 2003 la ENDIREH, proporcionó información valiosa sobre la violencia que sufren las mujeres mexicanas. Debido a la gran utilidad de está, se decide llevar a cabo un nuevo levantamiento en el 2006. Esta encuesta abarca otras formas de violencia hacia la mujer, tanto en lo familiar, como en las áreas domésticas, escolar, centros de esparcimiento, calle en general, por lo que también contempla agresores distintos al cónyuge.

Según la ENDIREH (2006) menciona que el objetivo general de esta nueva encuesta es la generación de datos que muestren la prevalencia, frecuencia y magnitud de los diferentes tipos de violencia, que sufren todas las mujeres de 15 y más años en los ámbitos del hogar, escolar, laboral y social, así como las consecuencias físicas y emocionales que padecen las mujeres violentadas por su cónyuge.

ENDIREH 2006, reporta que las *mujeres que sufrieron violencia a nivel nacional* es de 67.0 por ciento, quien ocupa el primer lugar de violencia hacia la mujeres es el estado de Jalisco con un 78.5 por ciento, el segundo lugar lo ocupa el estado de México con 78.2 por ciento y el tercer lugar lo ocupa el distrito federal con 76.8 por ciento. Y quienes ocupan los tres últimos lugares de violencia hacia las mujeres son los estados de hidalgo con 59.0 por ciento, Zacatecas con 56.5 y Chiapas 48.2 por ciento.

El porcentaje de las mujeres que sufrieron violencia a lo largo de su última relación por parte de su pareja o ex pareja nivel nacional es de 43.2 por ciento, quien mayor violencia han sufrido son las mujeres del estado de México con 54.1 por ciento y con menor Coahuila con 33.7 por ciento

El porcentaje de las mujeres que sufrieron violencia emocional a nivel nacional es de 37.5 por ciento quien mayor violencia han sufrido son las mujeres del estado de Jalisco con 47.3 por ciento, y el estado que presenta menor violencia de este tipo es Baja California sur con 28.6 por ciento.

El porcentaje de las mujeres que sufrieron violencia económica a nivel nacional es de 23.4 por ciento. Quien mayor violencia han sufrido son las mujeres del estado de Jalisco 30.5 por ciento, y el estado que presenta menor violencia de este tipo es menor Chiapas 14.1 por ciento

El porcentaje de las mujeres que sufrieron violencia física a nivel nacional es de 19.2 por ciento. Quien mayor violencia han sufrido son las mujeres del estado de Tabasco 25.7 por ciento, y el estado que presenta menor violencia de este tipo es Tamaulipas con 13.0 por ciento

El porcentaje de las mujeres que sufrieron violencia sexual a nivel nacional es de 9.0 por ciento. Quien mayor violencia han sufrido son las mujeres del estado de Jalisco 11.6 por ciento, y el estado que presenta menor violencia de este tipo es Chiapas 5.6 por ciento.

Violencia contra las mujeres en el ámbito comunitaria, familiar, patrimonial a nivel nacional.

Comunitaria: Se indaga sobre las situaciones de violencia que las mujeres de 15 años y más han padecido a lo largo de su vida como: ofensas, abuso, extorsión, hostigamiento, acoso u otras agresiones de carácter sexual, en espacios públicos (calles, centros de recreación o diversión) o privados (en casa de otras personas). Se reporta que un 60.3 por ciento sin incidentes y 39.7 por ciento con incidentes que han sufrido este tipo de violencia.

Familiar: Se refiere a las agresiones o maltratos sufridos por la mujer en el último año, por parte de miembros de su familia o de la familia del esposo, sin considerar al esposo o pareja. Se reporta que un 84.1 por ciento sin incidentes y 15.9 por ciento con incidentes que han sufrido este tipo de violencia.

Patrimonial: Son las situaciones de coerción o despojo declaradas por la mujer entrevistada sobre sus propiedades. Se reporta que un 94.2 por ciento sin incidentes y 5.8 con incidentes que han sufrido este tipo de violencia..

Escolar: Se refiere a las situaciones de discriminación, hostigamiento, acoso y abuso sexual, experimentadas por la mujer entrevistada en los centros educativos a los que asiste o ha asistido a lo largo de su vida. Se reportan un 15.6 por ciento que han sufrido este tipo de violencia

Laboral: se refiere a las situaciones de discriminación, hostigamiento, acoso y abuso sexual, enfrentadas por la mujer entrevistada en el lugar donde trabajó durante los 12 meses anteriores a la entrevista, se reporta que un 29.9 por ciento que han sufrido este tipo de violencia.

A continuación se presentan las cifras de mujeres que sufrieron violencia en México.

| Porcentajes de mujeres que sufrieron violencia a nivel nacional (ENDIREH, 2006) 67.0% | |
|---|------------|
| Estado | Porcentaje |
| Jalisco | 78.5% |
| Estado de México | 78.2% |
| Distrito federal | 76.8% |
| Hidalgo | 59.0 |
| Zacatecas | 56.5 |
| Chiapas | 48.2 |

Tabla 1. Mujeres que sufrieron violencia a nivel nacional

| Mujeres que sufrieron violencia a lo largo de su última relación por parte de su pareja o ex pareja a nivel nacional 43.2% | |
|--|------------|
| Estado | Porcentaje |
| Estado de México | 54.1% |
| Coahuila | 33.7% |

Tabla 2. Mujeres que sufrieron violencia a lo largo de su última relación por parte de su pareja o ex pareja a nivel nacional

| Mujeres que sufrieron violencia emocional a nivel nacional 37.5% | |
|--|------------|
| Estado | Porcentaje |
| Estado de Jalisco | 47.3% |
| Baja California | 28.6% |

Tabla 3. Mujeres que sufrieron violencia emocional

| Mujeres que sufrieron violencia económica a nivel nacional 23.4% | |
|--|------------|
| Estado | Porcentaje |
| Estado de Jalisco | 30.5 |
| Chiapas | 14.1% |

Tabla 4. Mujeres que sufrieron violencia económica a nivel nacional

| Mujeres que sufrieron violencia física a nivel nacional 19.2% | |
|---|------------|
| Estado | Porcentaje |
| Tabasco | 25.7% |
| Tamaulipas | 13.0% |

Tabla 5. Mujeres que sufrieron violencia física a nivel nacional

| mujeres que sufrieron violencia sexual a nivel nacional 9.0% | |
|--|------------|
| Estado | Porcentaje |
| Jalisco | 11.6% |
| Chiapas | 5.6% |

Tabla 6. Mujeres que sufrieron violencia sexual a nivel nacional

| Violencia contra las mujeres en el ámbito comunitaria, familiar, patrimonial a nivel nacional | | |
|---|----------------|----------------|
| | Sin incidentes | Con incidentes |
| Comunitaria | 60.3% | 39.7% |
| Familiar | 84.1% | 15.9% |
| Patrimonial | 94.2% | 5.8% |
| Escolar 15.6% | | |
| Laboral 29.9% | | |

Tabla 7. Mujeres que sufrieron violencia en el ámbito comunitaria, familiar,patrimonial, escolar, laboral

Porcentajes de los tipos de violencia de la ENDIREH 2003 y 2006

| | 2003 | 2006 |
|---------------------|------|------|
| Violencia emocional | 34.8 | 32.0 |
| Violencia económica | 29.3 | 22.9 |
| Violencia física | 9.3 | 10.2 |
| Violencia sexual | 7.8 | 6.0 |

Tabla 8. Tipos de violencia ENDIREH 2003 Y 2006

En el 2003 podemos observar que la violencia emocional, tenía un porcentaje de 34.8 y en el 2006 disminuyó a 32 por ciento.

En el 2003 la violencia económica, tenía un porcentaje de 29.3 y en el 2006 disminuyó a 22.9 por ciento.

En el 2003, la violencia física tenía un porcentaje de 9.3, y en el 2006 aumentó a 10.2 por ciento.

En el 2003, la violencia sexual tenía un porcentaje de 7.8, y en el 2006 disminuyó a 6.0 por ciento.

4. PROGRAMA INTERDISCIPLINARIO DE ATENCIÓN A LA VIOLENCIA SEXUAL Y ESTUDIOS DE GÉNERO (PIAV)

En el capítulo 3, se explicó la violencia conyugal, causas y consecuencias, como se expuso, es una problemática grave y para salir de este círculo de violencia, se necesita ayuda profesional de las distintas instituciones que existen en el país. Una institución que durante mucho tiempo, ha ayudado a víctimas de violencia de género es el Programa Interdisciplinario de Atención a la Violencia Sexual y Estudios de Género (PIAV), es un programa de investigación de psicología de la FES Estácala, que inició su funcionamiento en Mayo de 1988, con la finalidad de llevar a cabo investigaciones en este tema vertientes en cuatro ejes.

-Teórico conceptual

-Epidemiológicas

-Tratamientos psicoterapéuticos, integrales e interdisciplinarios

-Prevención

Los terapeutas del Programa Interdisciplinario de Atención a la Violencia Sexual y estudios de Género, poseen las herramientas necesarias para atender distintos casos de violencia, ya que se entrenan a los nuevos terapeutas, por medio de varias estrategias terapéuticas, como intervenir en los diferentes casos de violencia que se presentan, así como también las herramientas que se pueden utilizar para cada caso. También se asiste a congresos, conferencias, cursos y talleres de violencia.

En el PIAV se atienden distintos, tipos de violencia de género, se realizan entrevistas estructuradas por el PIAV, evaluación y tratamiento dependiendo de cada caso. El tiempo aproximado de cada terapia es de una hora, y el tratamiento dura 12 sesiones. Los casos son atendidos por terapeutas especializados en violencia de género.

4.1. Investigación que se realiza en el Programa Interdisciplinario de Atención a la Violencia Sexual y Estudios de Género

Según (Piav ,2009) menciona que los objetivos son: impulsar, dar a conocer y coordinar los diferentes proyectos que se desarrollan de acuerdo al trabajo realizado en los niveles de servicio y docencia. En los temas relacionados con los estudios de género y violencia sexual. Se investiga también las características de las víctimas del asalto y de los victimarios. Las consecuencias post-asalto a corto, mediano y largo plazo. La efectividad de los tratamientos aplicados en términos de su validez clínica y experimental, así como aquellas estrategias necesarias para la prevención de los altos índices de abuso sexual y violación.

Docencia

Se proporcionan asesorías de tesis y tesinas a nivel licenciatura y posgrado sobre diversos temas de violencia sexual y estudios de género.

Los objetivos dentro de la formación, son promover conocimientos y habilidades a profesionistas para que beneficien y protejan a sus comunidades de la Violencia Sexual, ofreciendo un servicio capacitado y sensible.

Se imparten talleres y cursos de formación, capacitación, actualización y sensibilización a personal de instituciones públicas y privadas, respecto a la problemática de Violencia Sexual y Estudios de Género.

4.2. Atención a la comunidad

La finalidad de las terapias de apoyo para las personas víctimas de violencia sexual, es que éstas resuelvan la crisis provocada por el asalto, integrándolo a su estructura de vida y facilitar su disposición para enfrentar el futuro.

A través del programa interdisciplinario de atención a la violencia sexual y estudios de género (PIAV) se brinda:

-Atención psicoterapéutica especializada a víctimas de violencia (Intervención en crisis, terapia de crisis y terapia cognitivo-conductual)

-Atención psicológica especializada, dirigida a familiares de las víctimas, y agresores

-Servicio de Trabajo social

-Atención médica (Dentro de la CUSI)

-Asesoría legal

4.3. Servicios interdisciplinarios

Los servicios que ofrece el PIAV en este sentido son los siguientes:

-Conferencias

-Cursos

-Talleres

Cursos

-Manejo terapéutico a personas, que han vivido situaciones de Violencia Sexual

-Sensibilización para profesionistas, que están en contacto con la población.

-Funcionamiento del PIAV.

-Género y Desarrollo Humano y Crecimiento Personal.

Talleres preventivos

-Talleres para la prevención del abuso sexual infantil.

-Talleres para la prevención de violencia sexual en adolescentes.

-Talleres para la prevención de violencia sexual en adultos.

-Talleres para la seguridad infantil y en adolescentes.

Además se cuenta con un centro de documentación con materiales especializados sobre temas de violencia sexual y estudios de género (artículos bibliográficos nacionales y extranjeros, libros, películas, artículos periodísticos y tesis).

El PIAV ha tenido importantes logros, además de las tesis, talleres, cursos, investigaciones y enlace con otras instituciones. En el PIAV se promovió la creación del sistema de atención a la violencia de género en el Estado de México. Así mismo, se ha realizado un esfuerzo continuo por combatir la violencia de género sexual. Sin embargo, pensamos que mientras se siga considerando a la violencia como algo “natural”, ésta seguirá ocurriendo.

Otras instituciones relevantes, que ofrecen ayuda psicológica y legal a las víctimas de violencia son las siguientes:

- Instituto de las mujeres Naucalpenses
- Desarrollo Integral de la Familia (DIF)
- Instituto Nacional de las Mujeres del Distrito Federal (INMUJERES D. F)
- Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI)
- Procuraduría General de Justicia del Estado de México (PGJEM)
- Centro de Desarrollo Integral para la mujer (CEDEIM DIF, TLALNEANTLA)

5. TERAPIA PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA CONYUGAL

En el capítulo 4, se habló de las diferentes instituciones que ofrecen ayuda a las víctimas de violencia, estas instituciones trabajan con distintos enfoques como se explicará a continuación.

5.1. Terapia psicoanalítica

Según Bellack y Small (2004) mencionan que la psicoterapia psicoanalítica, se ocupa de comprender el efecto que tienen las experiencias específicas, de la vida sobre el organismo humano. Intenta comprender la masa perceptible, acumulada que afecta la percepción contemporánea.

La psicoterapia trata de modificar aquellas percepciones pasadas, que al haberse mal adaptado tienden a afectar sentimientos, y comportamientos actuales, y las respuestas derivadas de ellos. Las distorsiones del pasado se reestructuran por medio de la alianza del yo, intacto del paciente y el papel técnico y humano del terapeuta.

1. La psicoterapia psicoanalítica, es de cinco a seis sesiones de 50 minutos

Los métodos de intervención son los siguientes:

- Interpretación
- Catarsis y catarsis mediata
- Prueba auxiliar de realidad
- Represión del impulso
- Sensibilización a las señales
- Educación
- Intelectualización
- Apoyo

Se puede utilizar fármacos u hospitalización breve, después de un mes se da sesión de seguimiento

5.2. Terapia cognitivo- conductual

Según Caballo (1991) señala que la terapia cognitiva conductual es un enfoque que pone en primer plano a los pensamientos, creencias y suposición de que la gente moldea activamente su propio ambiente. La conducta desadaptativa se considera el resultado de cogniciones y reemplazarlas por pensamientos y creencias que fomenten, una conducta más adaptativa. Se considera que la variación y la adaptación, se genera una vez producido el cambio cognitivo mediante una serie de intervenciones tanto cognitivas como conductuales, aunque generalmente se trata de una combinación de ambas, logrando al final un mantenimiento de la conducta por un reforzamiento cognitivo-emocional y conductual.

Aproximadamente esta psicoterapia tiene una duración de diez a catorce sesiones, se realiza una evaluación por medio de una entrevista de una a dos sesiones, las técnicas que se utilizan son las siguientes:

-Relajación progresiva

Los procedimientos de relajación progresiva consisten en reducir la tensión en el terreno físico de los pacientes, enseñándoles a reconocer las sensaciones de tensión.

-Terapia racional emotiva

Es una terapia que se basa en la idea, de que tanto las emociones como las conductas son producto de las creencias de un individuo, de su interpretación de la realidad. Por esta razón, la meta primordial de la TRE es asistir al paciente en la identificación de sus pensamientos irracionales o disfuncionales y ayudarlo a reemplazar dichos pensamientos por otros más racionales o efectivos, que le permitan lograr con más eficacia metas de tipo personal como el ser feliz, establecer relaciones con otras personas, etc.

-Entrenamiento en habilidades sociales

Se enseñan, conductas específicas al paciente, para que las practique y sean parte de su repertorio conductual. Se emplean instrucciones, modelado, ensayo conductual, retroalimentación y reforzamiento.

-Solución de problemas

Se enseña al sujeto a percibir correctamente los valores de todos los parámetros para generar respuestas potenciales, seleccionar una de esas respuestas y enviarla de manera que maximice la probabilidad de alcanzar el objetivo que impulsó la comunicación interpersonal.

5.3. Terapia feminista

Según Ammer (2000) menciona que la palabra feminista se refiere a una persona que está a favor de la igualdad política, económica y social de mujeres y hombres. Las psicoterapias feministas, parten de la evidencia de que la paciente es víctima no solo de un sujeto violento, sino de una sociedad patriarcal que involucra la violencia como recurso legítimo del hombre para mantener el control sobre su pareja.

No utilizan un método terapéutico especial; más bien, cada una usa el método de psicoterapia que ella prefiera, y también que sea compatible con el pensamiento feminista.

En consecuencia, la psicoterapeuta feminista intenta ayudar a las mujeres a comprender la relación entre su situación social como mujeres y su actual situación psicológica.

Las psicoterapeutas de orientación feminista, creen que los factores sociales son responsables por completo de muchos problemas emocionales de las mujeres.

En muchas ocasiones las mujeres tienen tan interiorizados los anti-valores patriarcales, que vivirán con sentimientos de fracaso y culpabilidad de su situación, tendiendo a justificar al agresor, y a buscar en ellas mismas posibles explicaciones, de las explosiones de ira de sus compañeros.

5.4. Terapia breve e intervención en crisis

Según Valladares (2011) menciona que las psicoterapias breves e intervención en crisis, es un procedimiento para ayudar a víctimas de violencia a soportar un hecho traumático, para reducir el impacto desorganizante y mejorar su disposición para enfrentar el futuro de manera positiva.

Objetivos de la intervención en crisis

- Restablecer el equilibrio psicológico del paciente y mejorar su capacidad para enfrentarlo
- Buscar la solución más efectiva, ante suceso precipitante
- Aprender habilidades a partir de la crisis, para poder enfrentar el futuro
- Proporcionar apoyo solidario
- Reducir la mortalidad

El terapeuta deberá saber escuchar enfáticamente. Al mismo tiempo debe ser capaz de resumir y reflejar hechos, sentimientos sin juzgar ni tomar partido.

Las psicoterapias tienen una duración de 5 a 6 sesiones

- a) Promueve la descarga emocional
- b) Se da apoyo solidario y empático
- c) Se conoce cuál fue el suceso precipitante

5.5. Estudios de casos sobre violencia conyugal

Estos estudios son una herramienta importante, para los investigadores inmersos en esta temática. Sirven de referencia para los futuros psicólogos, para que vean, las investigaciones que hay en otros países.

En un estudio realizado por Labrador et al. (2006) aplicó un tratamiento de forma individual y sus componentes fundamentales eran psicoeducación, entrenamiento en control de la activación, terapia cognitiva y terapia de exposición. Fue aplicado a 9 mujeres víctimas de violencia doméstica con trastorno de estrés postraumático crónico y sus resultados fueron comparados con los de un grupo control de lista de espera (6 mujeres) que recibió el tratamiento dos meses más tarde.

Evaluación pretratamiento: se realizó en una sesión individual, de 90 minutos, en la que se aplicaba la entrevista semiestructurada para víctimas de maltrato doméstico, la escala de gravedad de síntomas del Trastorno de estrés postraumático y los instrumentos de autoinforme para evaluar la sintomatología concomitante. A las participantes del grupo control ($n = 10$) se les repitió esta evaluación pretratamiento, a excepción de la entrevista semiestructurada, dos meses después de la primera, sin que hubieran recibido tratamiento.

Tratamiento: el programa de tratamiento consta de ocho sesiones de 60 minutos, aplicado en formato individual y con periodicidad semanal. Los componentes básicos, comunes en las dos modalidades experimentales, son psicoeducación, control de la respiración diafragmática, terapia cognitiva y terapia de exposición.

Evaluación postratamiento: en la evaluación postratamiento se utilizó la escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático y los instrumentos de valoración de la sintomatología concomitante.

Se utilizaron diversos autorregistros de (respiración, reexperimentación, exposición al recuerdo, solución de problemas, etc.) y material psicoeducativo (violencia doméstica, autoestima y solución de problemas).

En el grupo experimental los resultados mostraron una remisión del trastorno de estrés postraumático en el 100% de las mujeres al postratamiento y en el

85% en el seguimiento a 1 y 3 meses. También aparecieron cambios significativos en las variables concomitantes evaluadas (depresión, autoestima, inadaptación a la vida cotidiana y social, aspectos cognitivos derivados de la experiencia del maltrato. En el grupo control no aparecieron cambios en ninguna de estas variables entre la primera y segunda evaluación a los dos meses.

En un estudio realizado por Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta (1996). Se aplicó un tratamiento que consta de 12 sesiones y tiene una duración de aproximadamente 3 meses.

Para la evaluación se utilizó la entrevista semiestructurada sobre maltrato domestico (Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 1994). Que permite evaluar las características de la víctima, la historia de la victimización y de trastornos psicopatológicos y las circunstancias del maltrato domestico, así como la expresión emocional de la víctima y la reacción del entorno familiar y social ante los acontecimientos vividos.

La Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático (Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 1994). Es una entrevista estructurada que tiene lugar en todas las evaluaciones los síntomas y la intensidad del trastorno de estrés postraumático.

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI).

La escala de ansiedad –rasgo

Inventario de depresión Beck (BDI).

Escala de Autoestima.

Se aplicaron las siguientes técnicas:

Expresión emocional: proporcionar comprensión y apoyo a la víctima y consiste en alentar a que cuente lo ocurrido y todo lo que ha pensado y sentido, así como a facilitarle el desahogo emocional de la irritabilidad y de las humillaciones sufridas.

Reevaluación cognitiva: Estaba enfocada a tres puntos fundamentales. En primer lugar, a la explicación de las reacciones normales ante una experiencia de maltrato y del proceso de adquisición y mantenimiento de los miedos.

En segundo lugar, a la discusión racional para eliminar las ideas irracionales, sobre todo en relación con los sentimientos de baja autoestima y de culpabilidad por lo ocurrido, y para ajustar a la realidad el sistema de procesamiento de información de la víctima.

Y en tercer lugar, a resustituir el acontecimiento traumático en los justos términos, al analizar con realismo las distintas facetas de la convivencia conyugal y de la situación con los hijos. Y finalmente el entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento. Las víctimas que fueron atendidas, presentaron un mejoramiento en el postratamiento y en los diversos seguimientos.

Matud (2004) aplicó un tratamiento de violencia familiar, en donde los principales objetivos del programa de intervención fueron aumentar la seguridad de la mujer maltratada, 2) reducir o eliminar sus síntomas, 3) Aumentar su autoestima y seguridad en sí misma; 4) Aprender y/o mejorar los estilos de afrontamiento, de solución de problemas y de toma de decisiones. 5) Fomentar una comunicación y habilidades sociales adecuadas. 6) Modificar las creencias tradicionales acerca de los roles de género y las actitudes sexistas.

Aplicó las siguientes técnicas y estrategias

a) estrategias para el control de la ansiedad (respiración profunda, relajación muscular progresiva; b) técnicas cognitivas para identificar y modificar los posibles pensamientos distorsionados, tales como reestructuración cognitiva; c) entrenamiento en habilidades sociales; d) inoculación de estrés, que utilizan en aquellas mujeres que presentan estrés postraumático; e) entrenamiento en solución de problemas.

Utilizaron una entrevista semiestructurada elaborada por Matud (1999) en la que se exploran los aspectos más relevantes relacionados con los abusos, tanto actuales como históricos, así como las respuestas de las mujeres. También utilizaron test que les permitieron evaluar, además de la presencia de

estrés postraumático y sintomatología depresiva, somática y de ansiedad, los abusos concretos a los que la mujer ha estado sometida, su apoyo social, autoestima y seguridad en sí misma, así como su forma típica de hacer frente al maltrato de su pareja y los estresores actuales. Dicha evaluación les permitió recoger los datos necesarios para la intervención. Algunas partes de la entrevista eran estructuradas, ya que les permitía que la mujer expresara sus vivencias, temores, problemas y deseos.

Mejía (2006) aplicó un tratamiento de violencia familiar, en donde los principales objetivos del programa de intervención fueron 1) Facilitar a la mujer el proceso de rehabilitación emocional para la relación interpersonal; 2) Confrontar los vínculos de codependencia establecidos por las mujeres con sus parejas; 3) Promover el cuestionamiento de los estereotipos establecidos para ambos géneros y responsabilizar a la mujer de su propio cambio. Bajo estos supuestos se esperaba ofrecer mayor capacidad de atención y pronto se hizo evidente que para lograr dichos supuestos se necesitaba “desmontar” el escenario de la violencia familiar vivencias por las mujeres, tanto en lo pasado como en lo presente.

Al primer contacto de la usuaria con la institución se realiza la apertura de expediente único en una entrevista de admisión que incluye estudio socioeconómico (mediante el cual se fijará el costo por sesión) y la definición de completar la atención con los servicios médicos y /o legal. Definida su integración al servicio, la usuaria inicia su tránsito por la estrategia de acuerdo con los siguientes pasos:

1. Entrevista inicial para el estudio y análisis del caso a fin de definir la ruta de atención de mutuo acuerdo con él o los solicitantes de atención.
2. Canalización al grupo básico solo en caso de que haya en puerta inicio de grupos terapéuticos. Este grupo consta de seis sesiones y es coordinado por voluntarias capacitadas a las que se denomina “facilitadoras”
3. Terapia grupal de primera fase, que consta de 20 sesiones, tiene una duración aproximadamente de tres meses y es la más intensa por ser simultánea con el trabajo en los espacios familiares, individual y/o de pareja.
4. Terapia grupal de segunda fase, sin límite de sesiones; puede efectuarse en grupo abierto, cerrado o mixto (ambos géneros). En este caso se manejan

contratos terapéuticos de tres a seis meses, al final de los cuales se realiza una valoración final (individual y grupal).

5. Terapia familiar y /o en pareja, que se realizan en forma contemporánea con cualquiera de las fases de terapia grupal dependiendo del análisis del caso, de la disponibilidad de los holones y de la totalidad de la familia.

6. Terapia grupal para varones, una sesión semanal en grupo abierto todo el año. Se propone a todo varón que está siendo atendido a su vez en terapia individual, con el fin de constituirse en espacio reflexión masculina colectiva.

Este estudio se realizó desde un enfoque estructural, estratégico, existencial, psicodinámico y sistemático de la terapia familiar, y aplicar dicha síntesis al análisis casuístico individuo-familia y del acontecer grupal.

El proceso terapéutico tiene una duración de entre seis y 18 meses. Es frecuente que el periodo máximo se cubra en un periodo mayor debido a que las personas se retiran un tiempo al concluir cada una de las fases y luego regresan para continuar trabajando con nuevos objetivos para la fase siguiente o retoman la anterior.

Al final de cada fase o contrato individual o grupal, se realiza una evaluación en la que tanto el terapeuta como la persona o grupo comparten sus puntos de vista sobre el cambio observado o experimentado.

Con esta estrategia se pretende disparar procesos de crecimiento personal, familiar y grupos sobre la base de un encuadre estructurado que permita el manejo de contenidos abiertos.

6. TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL CON PERSPECTIVA DE GÉNERO PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA CONYUGAL

A lo largo de toda esta tesis se explicó la violencia de género, es una problemática que se vive actualmente en México, y debe ser atendida es por ello que a continuación se expuso este tratamiento y que además en nuestro país no existen a fondo este tipo de investigaciones.

6.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Hasta hace poco socialmente la violencia conyugal o de pareja, se dejó de ver como algo muy natural y sin remedio, hoy sabemos que la violencia se aprende, se legitima y desafortunadamente se repite. No se genera de manera espontánea, sucede cuando la pareja o uno de sus miembros acumulan tensiones, enojos, frustraciones, así como por dificultades y agresiones que se viven tanto en la familia y como fuera de ella. Estas situaciones dejan como consecuencias daños psicológicos, físicos, sexuales, sociales y familiares. Sabemos que se puede prevenir y salir de ese círculo de violencia. Por eso es importante que las víctimas de violencia conyugal, asistan a terapia psicológica con personas especializadas y capacitadas para este tipo de problemáticas. En nuestra sociedad existe diversas problemáticas y es importante que los psicólogos aprendan a dar respuestas a pruebas sociales como la violencia conyugal.

6.2. OBJETIVOS:

Objetivo General:

-Que la paciente sea capaz de analizar críticamente los esquemas, sobre el deber ser de las mujeres y los hombre en la sociedad, y que adquiera habilidades cognitivas, físicas y sociales que le permitan enfrentar adecuadamente las consecuencias producidas por la violencia conyugal a través de una terapia cognitivo-conductual.

Objetivos Específicos:

-Que la paciente sea capaz de disminuir o eliminar su nivel de ansiedad a través de la relajación, y pueda enfrentar exitosamente la tensión física.

-Que la paciente sea capaz de modificar o eliminar los pensamientos negativos acerca de su persona. A través de cuestionar sus pensamientos y proponer alternativas positivas.

Que la paciente sea capaz de expresar sus sentimientos y manifestar sus derechos asertivamente

-Que la paciente sea capaz de reconocer, que los problemas siempre están presentes y que todos cuentan con la capacidad para enfrentarlos.

6.3. METODOLOGÍA**Participante:**

Una mujer de 34 años de edad, ama de casa, madre de dos hijos y víctima de violencia conyugal durante 9 años.

Escenario:

Cubículo de área de 3x 4 m del Programa Interdisciplinario de atención a la Violencia Sexual y Estudios de Género, en las instalaciones de la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI) ubicada dentro de la FES Iztacala, UNAM. El lugar constaba de dos sillas y un escritorio, sin interrupciones, con ruidos poco frecuentes.

Materiales:

Hojas, lápiz, goma, sacapuntas, registros, cuestionarios

Instrumentos de evaluación

-Entrevista de violencia conyugal del Programa Interdisciplinario de atención a la Violencia Sexual y Estudios de Género (Valladares, 1993 y Contreras, 2001). Modificada de acuerdo a varios instrumentos revisados (Entrevista CASIC, entrevista semiestructurada para víctimas de maltrato doméstico, Echeburúa, Corral, Sarasua, Zubizarreta y Sauca, 1994).

Esta entrevista cuenta con 214 preguntas y 12 áreas (Valladares y Castillejo, 2011).

Las áreas que se evaluaron son:

- 1) Datos demográficos
- 2) Motivo de consulta
- 3) Experiencias de maltrato en familia de origen
- 4) Aspecto legal
- 5) Aspecto médico
- 6) Aspecto psicológico
- 7) Aspecto sexual
- 8) Aspecto económico y seguridad social
- 9) Aspecto laboral
- 10) Consecuencias emocionales, cognitivas, físicas y conductuales
- 11) Habilidades para solucionar problemas
- 12) Redes de apoyo
- 13) Necesidades inmediatas
- 14) Metas

Otros inventarios

- Inventario de Ansiedad (IDARE)
- Inventario de Asertividad (Rathus)
- Prueba de figura humana (Machover)

Aparatos:

- Grabadora Sony

REMISIÓN

Por los servicios de la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI) ubicada dentro de la FES Iztacala, UNAM se presentó una mujer víctima de violencia conyugal durante 9 años, solicitando ayuda.

6.4. PROCEDIMIENTO:

Se realizó una pre-evaluación, aplicación del tratamiento y post-evaluación.

EVALUACIÓN INICIAL

En la sesión 1 y 2 se aplicó la entrevista semi-estructurada para víctimas de violencia familiar del Programa Interdisciplinario de atención a la Violencia Sexual y Estudios de Género (ver anexo 1). Y los siguientes inventarios.

- Inventario de Ansiedad (IDARE ver anexo 2)
- Inventario de Asertividad (Rathus ver anexo 3)
- Prueba de figura humana (Machover)

Con base en los resultados que se obtuvieron en las evaluaciones, se realizó el análisis funcional (ver anexo 4) y la hipótesis funcional. Se diseñó el objetivo general y tratamiento terapéutico, con técnicas cognitivo-conductual desde una perspectiva de género.

Presentación del caso

Se presentó una señora de 34 años de edad, solicitando ayuda psicológica, por violencia conyugal que ha sufrido, desde hace 9 años, en el Programa Interdisciplinario de atención a la violencia sexual y estudios de género (PIAV) en las instalaciones de la facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI). Durante la entrevista inicial, ella comentó que quería dejar de tenerle miedo a su cónyuge.

Su familia está conformada por 4 personas. Ella de 34 años de edad, su cónyuge de 36 años, su hijo mayor de 10 años, y su hijo el menor de 8 años de edad.

La señora tiene 10 años de casada y se dedica al hogar, anteriormente ella trabajaba en una fábrica de empleada doméstica, para hacer una casa en un terreno que su suegra les dio.

Su cónyuge, tiene 36 años de edad, y es obrero en una imprenta, no coopera con los gastos de sus hijos y de la casa, su suegra es quien les ofrece de

comer a ella y a sus hijos. Ella cuando trabajaba era el sostén de la familia y sus ingresos le permitían mantener a sus hijos.

El hijo mayor de 10 años y su hijo menor de 8 años, estudian la primaria en una escuela pública cerca del campo militar. La familia vive en la casa que la paciente construyó con el dinero que juntó, en el tiempo que trabajó, la casa tiene todas las comodidades, tiene 5 recámaras grandes, sala, cocina y dos baños.

Durante la entrevista la paciente mencionó, que a su cónyuge lo conoció en una comida en donde su mamá fue madrina, él comenzó hablarle y decidieron salir hasta que se hicieron novios. Al inicio de la relación él era muy alegre, cariñoso, amable, asistía a fiestas, salían todos los domingos al cine o al parque. En el segundo año de noviazgo, él empezó a cambiar mucho, era muy serio, ya no quería salir a las reuniones, su vestimenta siempre la criticaba, la celaba, decidía a quien de sus amistades, si podía hablarles. A los dos años de noviazgo, cuando ella decide dejarlo, se da cuenta que está embarazada y considera que es mejor casarse con él, porque su hijo se puede quedar sin padre. Al darle la noticia, él tuvo un comportamiento muy violento, hasta el punto de golpearla. Porque según él, no quería tener ninguna responsabilidad, por lo que le propuso que abortara, porque no estaba dispuesto a casarse. Ella no accedió a la propuesta de abortar, y decide tener a su bebé. A las dos semanas que le dio la noticia, su cónyuge decide buscarla y le propone que se casen.

A los dos años de casada se volvió a embarazar, por lo que su cónyuge no aceptaba ese embarazo y le dice que aborte. Ella decidió tenerlo y en algún momento pensó en regalarlo, porque su mamá, tampoco estaba muy de acuerdo en que tuviera a ese bebé.

Cuando sus hijos comenzaron a crecer y se trataba de tomar una decisión, él no opinaba, ni se comunicaba con ellos. Con frecuencia les pegaba, porque hacían ruido cuando jugaban, lo que a ella le molestaba y esto ocasionaba las discusiones y peleas. La empujaba, le aventaba cosas, la insultaba y la golpeaba. Después de su comportamiento violento él salía de su casa, y cuando regresaba pedía disculpas y prometía que no volvería a suceder. En

varias ocasiones le decía a ella que era la culpable de lo que pasaba, porque ella lo provocaba.

Con el paso del tiempo esta violencia psicológica, física, sexual y económica, fue aumentando, al grado que ella intento suicidarse, y matar a cada uno de sus hijos. Su plan suicida era dormir a sus hijos, y abrir las llaves del gas. En tres ocasiones lo intento, pero cuando todo ya estaba listo, se arrepentía. La primera vez, se arrepintió, porque le dio miedo, que no se murieran todos y ella si, por lo que se podían quedarse solos, la segunda vez se arrepintió, porque su marido podía llegar e cualquier momento, y la podía descubrir. Finalmente en la tercera ocasión, se arrepintió, porque pensó que sus hijos no tenían la culpa de los problemas, que ella tenia, con su cónyuge, que ella había decidido esa vida.

Este plan suicida ella lo hacia, porque pensaba que si lograba este plan, seria la única manera de poder salir de esa vida violenta. Porque no tenia ningún tipo de apoyo de su familia, comenzando por su mamá, nunca se ocupó de ella, cuando intentaba pedirle apoyo, le decía que arreglara sus propios problemas. Esto provocaba que ella se sintiera sola, y la llevara a seguir soportando el maltrato. Se sujetaba a lo que su cónyuge decía, cuando ella trataba de opinar, él comenzaba amenazar y gritar, y esto hacia que le diera la razón. Ella siempre intentaba complacerlo, para no hacerlo enojar. Cuando lo veía enojado, sentía mucho miedo y procuraba mantenerse alejada. Las veces que la golpeaba no intentaban defenderse, solo protegerse de los golpes, después de estos episodios violentos él, le pedía perdón.

La paciente presentaba dolores de cabeza, pérdida de sueño, tristeza, angustia, baja autoestima, culpa, enojo, cansancio, tensión física, miedo, no quería salir, ni ver a nadie. Ella menciona que comenzó a sentir con más frecuencia, estos síntomas desde hace un mes, cuando su cónyuge le pegó, hasta el punto de ahorcarla. "Ese día entro a su casa, su cónyuge le preguntó a donde había ido, por lo que ella le respondió; al mandado, por lo que él le dijo; que era una mentirosa y era una pendeja. Por lo que ella se fue a su cuarto y la persiguió azotó la puerta, la aventó a la cama y le dio una cachetada, por lo que ella le pidió que la dejará, y él, la volvió a empujar a la cama, se subió

encima de ella tratándola de ahorcar, por lo que ella uso, todas sus fuerzas y le arañó la cara, fue así como la soltó. Posteriormente fue al cuarto de su hijo, se encerró y lloró, por lo que pensó que no valía la pena vivir, que era una cobarde “. A partir de ese día, le habla poco a su cónyuge ella deseaba gritarle, golpearlo, pero no entendía porque no lo podía hacer. La señora menciona que cada que su marido le ordenaba que le sirviera de comer, o lavar su ropa, se sentía tristeza, fea, coraje, culpa, con mucha tensión, desganada, no entendía porque se sentía así.

Una vez obtenida esta información, se aplicó el inventario de ansiedad: A-Estado A- Rasgo (IDARE). Para verificar y medir específicamente el nivel de ansiedad de la paciente, se le dio la hoja con la escala A-Estado posteriormente se le dieron las siguientes instrucciones lea cada frase, y llene el círculo del número que indique cómo se siente ahora mismo, o sea, en este momento. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora. Una vez concluida esta parte se le dio una segunda hoja con la escala A-Rango, y se le daban las siguientes instrucciones lea cada frase, y llene el círculo del número que indique cómo se siente generalmente. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa como se siente generalmente. Por lo que se encontró en la paciente un alto nivel de ansiedad, con una puntuación de A-Estado 48 y A-Rasgo 60. Tomando en cuenta que la interpretación de dichos números revelan que una alta calificación en ambas escalas indica mayor ansiedad.

Según esta prueba la puntuación puede variar, desde una puntuación mínima de 20 es decir; un bajo nivel de ansiedad, hasta una puntuación máxima de 80 es decir; un alto nivel de ansiedad.

Posteriormente se aplicó el inventario de Asertividad (Rathus), para verificar y evaluar el nivel de asertividad de la paciente, y así moldear el comportamiento asertivo, se le dio una hoja con el inventario, posteriormente se le dieron las siguientes instrucciones: Indique en qué medida son descriptivas o características de su comportamiento las siguientes afirmaciones, según la

clave. Por lo que se obtuvo una puntuación de -70 es decir muy poca asertividad. Según esta prueba la escala puede variar desde -90 es decir poca asertividad, hasta +90 muy buena asertiva.

Finalmente, se aplicó la prueba de la figura humana, test proyectivo de Karen Machover, para encontrar rasgos emocionales, familiares e interpersonales y así complementar la información.

Se le dieron tres hojas blancas tamaño carta, un lápiz y una goma, posteriormente se le decían las instrucciones, en cada una de las hojas, tiene que poner su nombre completo, edad y la fecha del día que realizó la prueba, una vez que terminó, se le indicó ahora tiene que dibujar a una persona (por lo que dibujo a un hombre) en la siguiente hoja, tiene que dibujar a otra persona del sexo opuesto (dibujó a un hombre) y finalmente se le indicó que tenía que hacer una historieta, con esas dos personas que dibujó. A lo que ella escribió "Bueno el se llama, José es una chavo muy bailador, y ella se llama Isabel, ella es algo tímida, cuando se conocieron, él la invito a bailar y a ella no le gusto mucho la idea, pero acepto, él la enseñó a bailar y ella poco a poco le fue gustando el baile, pronto se hicieron muy amigos, se divertían, mucho cada vez que salían".

Al hacer la interpretación de está prueba se encontró que la paciente, tiene rasgos de inferioridad hacia el sexo opuesto (dibujó primero al hombre y después a la mujer), inseguridad, frustración, esta dentro de un ambiente violento, tiene sentimientos de culpa y ansiedad. La historia tiene una gran relación de cómo se conocieron la paciente y su cónyuge, se refleja un cierto rechazo del hogar, sufrimiento e indecisión.

| Antecedentes | Organismo | Respuesta C. I | Consecuencia |
|---|--|---|--|
| <p>Su cónyuge le demanda que le sirva de comer y que le lave su ropa, siente miedo, ansiedad y tristeza</p> <p>Hace 1 mes, ella venia llegando del mandado, cuando entro a su casa, su cónyuge le preguntó a donde había ido, por lo que ella le respondió, al mandado, por lo que él le dijo que era una mentirosa y era una pendeja. Por lo que ella se fue a su cuarto y él la persiguió, le dio una cachetada y la aventó sobre la cama, por lo que ella le pidió que la dejará, y el la volvió a empujar a la cama, se subió encima de ella y tratándola de ahorcarla, por lo que ella uso, todas sus fuerzas y le arañó la cara, fue así como la soltó.</p> <p>Su cónyuge, la última vez que le pegó, trato de ahorcarla.</p> <p>Externas:</p> <p>Dónde: En su casa</p> <p>Cuándo: hace 1 mes</p> <p>A qué hora: 4:00 pm</p> <p>Temática: Violencia conyugal, desde hace 9 años</p> <p>-Que es una cobarde</p> <p>-Que no vale , la pena como persona, que esta fea</p> | <p>MEDIO</p> <p>P. 34 años</p> <p>Originaria del estado de México</p> <p>Casada</p> <p>Ama de casa</p> <p>Vive con su agresor, P. de 36 años y sus dos hijos p. de 10 años, P. de 8 años de edad</p> <p>Estudio, hasta sexto grado de primaria</p> <p>CONDICIÓN BIOLÓGICA</p> <p>P. Mide 158, tez morena, cabello castaño, ondulado</p> <p>Pesa: 70k</p> <p>Complexión: Robusta</p> <p>Religión Católica</p> | <p>Violencia conyugal</p> <p>Miedo a su agresor</p> <p>CONDUCTA</p> <p>-Obedece a su cónyuge</p> <p>-le sirve de comer</p> <p>-Le lava su ropa</p> <p>-Se queda en su casa</p> <p>-Rechaza las invitaciones de sus amigas</p> <p>-No se arregla</p> <p>COGNICIÓN</p> <p>Piensa</p> <p>-Que la volverá a golpear</p> <p>CONDICIÓN BIOLÓGICA</p> <p>Ansiedad: Sudoración en las manos, su corazón late más rápido, siente que todo su cuerpo se pone frío, amarga la boca</p> | <p>CONDUCTA</p> <p>-Le vienen sentimientos de culpa, tristeza y llora</p> <p>COGNICIÓN</p> <p>Piensa</p> <p>-Que es culpable de la violencia</p> <p>-Que es una tonta</p> <p>CONDICIÓN BIOLÓGICA</p> <p>Ansiedad. Se pone muy nerviosa, dolor de cabeza siente sus manos muy frías</p> <p>A corto plazo:</p> <p>Afectara su salud</p> <p>Mediano plazo:</p> <p>No podrá convivir con sus hijos</p> <p>Largo plazo:</p> <p>Se le dificultara relacionarse con sus amistades</p> |

Tabla 9. Análisis funcional referente al modelo secuencial integrativo

Hipótesis funcional

La paciente presenta una respuesta de miedo, lo obedece, se queda en su casa, rechaza las invitaciones de sus amigas y no se arregla. Tiene pensamientos negativos recurrentes que la volverá a golpear, fisiológicamente se siente, con ansiedad (sudoración en las manos, su corazón late más rápido, siente que todo su cuerpo se pone frío, amarga la boca). Como consecuencia tiene sentimientos de culpa, tristeza y llanto. La respuesta se mantiene debido a que su agresor, le pide perdón y promete que va a cambiar, por lo que en la paciente disminuye su nivel de ansiedad y la convence de regresar con él.

Si la paciente, sigue teniendo estas respuestas, entonces a corto, mediano y largo plazo, ella y sus hijos, podrían morir.

INTERVENCIÓN

Se utilizó el procedimiento cognitivo-conductual, con perspectiva de género, ya que este enfoque parte del aprendizaje a través de patrones de conducta y cogniciones. Intenta modificar los pensamientos y conductas del paciente, enseñándole nuevas formas de comportamiento, mientras la perspectiva de género se analiza, la construcción cultural y social: ideas, representación y atribuciones que se adquieren, a través del proceso de socialización. Es decir como se aprende a ser mujer, y hombre. Parte del hecho de la construcción de lo femenino y masculino. Estas variables tienen relación en la aceptación o no de la violencia en la sociedad.

La dominación patriarcal juega un papel importante ya que se espera obediencia por parte de la mujer, quien debe ser sumisa, incondicional, sensible, tolerante, comprensiva, sacrificada una buena madre”, y se le asigna al varón el papel antagónico: debe ser fuerte, viril, competitivo, potente, exitoso, agresivo, frío un macho. Es el terreno exacto donde se presente el fenómeno de la violencia de género.

Esta fase constó de 14 sesiones con una duración de 1 hora, se aplicó terapia cognitivo-conductual, desde una perspectiva de género.

Fase 1. Psicoeducativa; explicación de la problemática, ciclo de la violencia y consecuencias.

Fase 2. Explicación del entrenamiento de relajación.

Sesión 3 y 4. Relajación

Objetivo específico

-Que la paciente sea capaz de disminuir o eliminar su nivel de ansiedad a través de la relajación, y pueda enfrentar exitosamente la tensión física.

Explicación de la Técnica

Se enseñó a la paciente a tensar y relajar grupos particulares de músculos, para que después distinga entre las sensaciones de tensión y relajación. Según el procedimiento de relajación progresiva de Jacobson de dos a tres sesiones son suficientes para un tratamiento, sobre todo si los pacientes practican durante una o dos horas todos los días (Kendall y Norton, 1988).

Actividades del terapeuta

Se explicó las consecuencias de la violencia y en qué consistía el entrenamiento de relajación.

Y se le decía a la paciente “Las mujeres víctimas de violencia conyugal tienen consecuencias fisiológicas (ansiedad y tensión física), ante diferentes situaciones en relación con su pareja”.

Instrucciones de relajación:

“Siéntate cómodamente

Cierra los ojos

Inhalamos y exhalamos (5 veces)

Te encuentras cómoda y relajada

Quisiera que en este momento te olvidaras, de tu familia, amigos y trabajo”

MANO DOMINANTE

“Ahora deseo que concentres tú atención en tus músculos de tú brazo, antebrazo, bíceps y mano dominante, aprieta el puño. Siente el desagrado que te provoca esa tensión. Puedes sentir esa tensión. Después de 5 segundos se

le indicaba (suelta esa tensión abre tu mano, déjala caída, totalmente suelta, libera esa tensión. Siente como los músculos de tu brazo, antebrazo y mano dominante están totalmente relajados. Como estas cómoda, incrementa esa comodidad, concéntrate en esa sensación”.

Después de un periodo de relajación de aproximadamente un minuto, se repetía la misma secuencia, con el brazo, antebrazo, bíceps de la mano no dominante, para pasar luego a otros grupos de músculos: pies (tobillos, piernas, muslos, rodillas), músculos abdominales, músculos respiratorios, hombros, músculos de la espalda, músculos del cuello, músculos faciales y músculos oculares.

En el momento que a la paciente se le estaban dando las instrucciones de relajación, se le decía “Si estas logrando el punto de relajación, quisiera que hicieras una señal moviendo tu dedo índice de tu mano derecha. En caso de que no lo estés logrando, abre tus ojos y comenzaremos, desde el inicio”

Evaluación

Se utilizó un registro de relajación en donde había una escala de 0 a 10 en donde 0 es completamente relajada y 10 máxima tensión (ver anexo 5). La paciente al final de cada sesión tenía que mencionar en qué escala se encontraba y posteriormente tenía que describir las áreas de tensión y relajación.

Tareas de paciente

La paciente practicaba en su casa la técnica de relajación durante 1 hora todos los días y registraba en que escala se encontraba.

Terapia Racional Emotiva: Sesión 5

Objetivo específico

-Que la paciente sea capaz de modificar o eliminar los pensamientos negativos acerca de su persona, maltrato y su futuro, como por ejemplo: Me va a golpear, estoy fea y vieja. A través de cuestionar sus pensamientos y proponer alternativas positivas.

Explicación de la técnica

Se enseñó el modelo ABC de la TREC que funciona de la siguiente manera:

A: Se refiere al acontecimiento que se le presenta al individuo.

B: Desarrolla una serie de pensamiento sobre el mismo o sobre el mundo.

C: Se refiere a las consecuencias, que resultaría de la interpretación(o creencias) que el individuo hace de "A".

Las consecuencias pueden ser emocionales o conductuales. Si las creencias son funcionales, lógicas y empíricas, se consideran racionales. Si por el contrario, dificultan el funcionamiento eficaz del individuo, son irracionales. Según el ABC, el método principal para reemplazar una creencia irracional, por una racional, se denomina refutación, cuestionamiento o debate y es, básicamente, una adaptación del método científico a la vida cotidiana (Lega, Caballo y Ellis, 2002).

Es una técnica de autoayuda que puede ser utilizada por prácticamente todas las personas para disminuir o eliminar reacciones emocionales no deseadas. La idea sobre la cual se basa es que no son solamente las situaciones o acontecimientos, son los que causan nuestros estados extremos de depresión, enfado, ansiedad, celos, etc., sino además los pensamientos que nosotros tenemos sobre tales eventos.

Se entrena al cliente para que identifique dichos pensamientos automáticos auto-derrotistas y los reemplace por pensamientos y conductas más objetivas, auto-estimulantes y dirigidas a la resolución de problemas. El terapeuta pretende ayudar al cliente a hacerse más consciente del efecto que tales pensamientos y sentimientos negativos tiene sobre su conducta y aprender a producir pensamientos, sentimientos y conductas adecuadas e incompatibles.

De esta forma, se ayuda al paciente a:

-Localizar los pensamientos negativos automáticos.

-Identificar los errores o distorsiones cognitivas.

-Substituirlos por creencias, pensamientos y habilidades sociales más adaptativos (Phares y Trull, 2000).

Actividades del terapeuta

Se explicó lo que implicaba ser mujer y ser hombre, como también en qué consistía la lógica de la terapia racional emotiva.

Se le decía a la paciente “presentas una serie de pensamientos irracionales como consecuencia de la violencia conyugal y que tienen que ver con su estructura social, como aprendió a ser mujer y hombre”.

“Te voy a pedir que realices un listado de pensamientos automáticos negativos y posteriormente elijas uno de estos pensamientos para explicarte el modelo ABC”.

Lista de pensamientos irracionales

“Mi marido me volverá a golpear”

“Estoy fea”

“Estoy vieja”

De este listado la paciente escogió la idea irracional 1

Posteriormente se le explicó el modelo ABC con la idea irracional, elegida por ella.

A- A-se refiere a un acontecimiento por ejemplo: “Mi cónyuge, me demanda que le sirva de comer”

B- Creencias y pensamientos: son ideas generadas por el acontecimiento.

“Me golpeará, si no le gusta la comida”

“Me golpeará, si no le obedezco”

C-Consecuencias emocionales y conductuales. Me siento triste y lloro.

Una vez explicada la TRE, se le entrenó, en la estrategia de paro de pensamientos: Esta estrategia consistía en: Cada que a la paciente se le

presentara la idea irracional, provocado por un evento, tenía que detectar la idea negativa, diciéndose, otra vez, alto, debo parar este pensamiento, para posteriormente autorreforzarse negativamente, utilizando una liga, es decir como consecuencia de ese pensamiento darse un ligazo y así dar una alternativa positiva, ya no me volverá a golpear, todo tiene un límite.

Evaluación

Se utilizó el registro de ideas irracionales (ver anexo 6)

Tareas del paciente

La paciente registraba durante la semana los sentimientos o pensamientos automáticos negativos que experimentaba, (Por ejemplo: Me va a golpear, estoy fea y vieja). Este registro sirvió de línea base.

Terapia Racional Emotiva: Sesión 6, 7 y 8

Objetivo específico

-Que la paciente sea capaz de modificar o eliminar los pensamientos negativos acerca de su persona, maltrato y su futuro, como por ejemplo: Me va a golpear, estoy fea y vieja. A través de cuestionar sus pensamientos y proponer alternativas positivas.

Actividades del terapeuta

Se le realizaron una serie de preguntas que llevaran a la paciente a darse cuenta de las ideas irracionales que presentaba, para posteriormente proponer alternativas positivas.

Se siguió trabajando con la idea irracional, que la paciente eligió en la anterior sesión para la explicación del ABC

“Mi cónyuge me volverá a golpear”

-Terapeuta: ¿Por qué considera que su marido la volverá a golpear?

-Paciente: ¿Por qué, cuando le sirvo de comer me grita, se enoja y me dice que la comida esta pésima, y sea una razón para que me golpee?

-Terapeuta: ¿Entonces, si a otra persona, no le gusta, la comida que usted hace, tiene una razón para maltratarla?

-Paciente: No

-Terapeuta: Entonces, por que su esposo, si tendría una razón, para maltratarla y las otras personas no.

-Paciente: Porque es mi esposo, padre de mis hijos y las demás personas, son ajenas a mí.

-Terapeuta: ¿Es decir que sólo porque es su esposo, debe de tener razones para maltratarla, y una de ellas es, porque no le gusta la comida que hace?

-Paciente: Así es, lo aprendí de mi mamá, porque ella nos decía que debíamos complacer a nuestros esposos y quizás no lo esté haciendo

-Terapeuta: ¿Usted, como podría darse cuenta, que no esta complaciendo a su marido?

-Paciente: ¿Pues, cuando me dice, que la comida está pésima?

-Terapeuta: ¿Y usted, cree que en realidad, su comida esté pésima?

-Paciente: No

-Terapeuta: ¿Por qué no?

-Paciente: Por que, todos los días me lo dice y se la come

-Terapeuta: Por lo que no hay, ninguna razón, para que la golpee

-Terapeuta: ¿Usted, porque cree, que se lo dice?

-Paciente: Para maltratarme, humillarme y hacerme sentir mal

-Terapeuta: Por lo que logra su objetivo

-Paciente: Así es

-Terapeuta: El seguir permitiendo que la maltraten, la llevará a un camino bueno

-Paciente: No

-Terapeuta: ¿Qué seguirá pasando?

- Paciente: Seguiré sintiéndome triste y llorando
- Terapeuta: ¿Qué alternativa, hay para que ya no siga pasando esto?
- Paciente: Pues, no hacerle caso o alejarme de él
- Terapeuta: ¿Y alejarse de él, sería horrible?
- Paciente: A la vez, si
- Terapeuta: ¿Por qué?
- Paciente: Porque mis hijos se quedarían sin papá
- Terapeuta: ¿Se quedarían sin papá, usted me lo podría probar?
- Paciente: No
- Terapeuta: ¿Entonces, no se quedarían sin papá, ¿Por qué?
- Paciente: Por que una vez separados, podaríamos llegar a un acuerdo
- Terapeuta: ¿Y en caso, de que no pudieran llegar a ningún, acuerdo ¿Qué pasaría?
- Paciente: Pues me iría, lejos con mis hijos
- Terapeuta: Muy bien
- Terapeuta: ¿Entonces, que si podría ser horrible?
- Paciente: El no poder darme la oportunidad de buscar mi bienestar
- Terapeuta: ¡Estoy totalmente de acuerdo con usted!
- Paciente: Pensándolo bien, no es una obligación complacerlo y mucho menos que me maltrate, solo porque no es de su gusto la comida

Evaluación

Se utilizó el registro de ideas irracionales y paro de pensamientos (ver anexo 7)

Tareas del paciente

La paciente registraba durante la semana los sentimientos o pensamientos automáticos negativos que experimentaba, cuando su cónyuge le decía estaba insípida la comida (Por ejemplo; me golpeará). Y tenía que utilizar la estrategia de paro de pensamientos, (detectar la idea irracional) para posteriormente autorreforzarse negativamente (ligazo) y finalmente dar una alternativa positiva (ya no me volverá a golpear, todo tiene un límite)

Sesión 7

-Que la paciente sea capaz de modificar o eliminar los pensamientos negativos acerca de su persona, maltrato y su futuro, como por ejemplo: Me va a golpear, estoy fea y vieja. A través de cuestionar sus pensamientos y proponer alternativas positivas.

A- A-se refiere a un acontecimiento por ejemplo: Mi cónyuge me dice que estoy fea.

B- Creencias y pensamientos: son ideas generadas por el acontecimiento.

“Creo que tiene razón, estoy fea”

C-Consecuencias emocionales y conductuales. Me siento triste y lloro.

“Pienso que es estoy fea”

-Terapeuta: ¿Por qué considera que está fea?

-Paciente: ¿Por qué mi marido, me dice, que estoy fea, porque tengo arrugas, canas y que estoy pasada de peso, siempre que me pongo ropa ajustada?

-Terapeuta: ¿Y sólo, porque se lo dice, es una realidad que este fea, solo porque tiene canas, arrugas y este pasada de peso?

-Paciente: Así es

-Terapeuta: ¿Entonces, las personas feas son las que tienen canas, arrugas y están pasadas de peso?

-Paciente: Si

-Terapeuta: ¿Y eso es catastrófico?

-Paciente: Por supuesto, porque sus maridos las rechazan como a mí

-Terapeuta: ¿Podría probarlo, que las mujeres que tienen canas, arrugas y están pasadas de peso son feas y por ello su marido las rechazan?

-Paciente: No

-Terapeuta: ¿Entonces, no es una realidad, que por tener esas características sea una persona fea y por ello, su marido la rechace?

-Paciente: No, no es una realidad, porque ahora que me acuerdo, cuando nos casamos, también me decía que estaba fea y no tenía arrugas, ni canas

-Terapeuta: De acuerdo, entonces ¿Por qué cree, que le dice que está fea?

-Paciente: Pues es una forma de maltrato, para hacerme sentir mal y que yo creyera que estoy fea

-Terapeuta: Efectivamente

-Terapeuta: ¿Para usted, que es ser fea?

-Paciente: Pues una persona, que no se peina, chimuela y que tiene actitudes violentas.

-Terapeuta: Totalmente de acuerdo con usted

-Terapeuta: ¿Y usted tiene estas características?

-Paciente: Por supuesto que no

-Terapeuta: ¿Está totalmente segura que está fea?

-Paciente: No, pensándolo bien no

-Terapeuta: ¿El que usted tenga arrugas, canas y unos kilos demás, es horrible o existen alternativas?

-Paciente: Existen alternativas

-Terapeuta: ¿Cuáles, son esas alternativas?

-Paciente: Podría pintarme el cabello, ponerme un poco de maquillaje y hacer ejercicio para bajar de peso

-Terapeuta: ¡Estoy totalmente de acuerdo con usted!

-Terapeuta: ¿Que podría ser horrible?

-Paciente: El no poder darme la oportunidad de buscar mi bienestar emocional y físico, para poder ser feliz

-Paciente: Ahora pienso, que no necesito de la aprobación de mi cónyuge, ni de los demás, para sentirme y verme bonita.

-Paciente: No seguiré, permitiendo, que mi marido me siga insultando, la siguiente vez, que mi cónyuge me diga, que estoy fea. Le diré que respete mi persona, que yo me siento bien, con lo que me pongo, que si él se siente feo, es su problema, se que me sentiré incomoda, pero yo puedo soportar esa incomodidad y no será horrible enfrentarme a él.

-Paciente: No le seguiré dando el gusto, de hacerme sentir triste y de cambiarme de ropa.

-Terapeuta: ¡Estoy totalmente de acuerdo con usted, y todos como seres humanos, debemos de respetar a la otra persona! no hay justificación alguna, para que alguien te maltrate.

Evaluación

Se utilizó el registro de ideas irracionales y paro de pensamientos (ver anexo 7)

Tareas del paciente

La paciente registraba durante la semana los sentimientos o pensamientos automáticos negativos que experimentaba, cuando su cónyuge le decía que estaba fea (Por ejemplo; tiene razón estoy fea). Y tenía que utilizar la estrategia de paro de pensamientos (detectar la idea irracional), para posteriormente autorreforzarse negativamente (ligazo) y finalmente dar una alternativa positiva.

Sesión 8

-Que la paciente sea capaz de modificar o eliminar los pensamientos negativos acerca de su persona, maltrato y su futuro, como por ejemplo: Me va a golpear, estoy fea y vieja. A través de cuestionar sus pensamientos y proponer alternativas positivas.

A- A-se refiere a un acontecimiento por ejemplo: Mi cónyuge me dice que estoy vieja.

B- Creencias y pensamientos: son ideas generadas por el acontecimiento.

“Creo que tiene razón, estoy vieja”

C-Consecuencias emocionales y conductuales. Me siento triste y lloro.

“Pienso que es estoy vieja”

-Terapeuta: ¿Por qué consideras que eres vieja?

-Paciente: Porque mi marido me lo dice constantemente, y además me engaño, con una mujer menor que yo

-Terapeuta: ¿Cuántos años tiene un viejo?

-Paciente: ¿Sesenta años?

-Terapeuta: ¿y Usted cuantos años tiene?

-Paciente: Treinta y cuatro años

-Terapeuta: Si usted dice, que está vieja, tendría su tarjeta de descuentos ¿Usted la tiene?

-Paciente: No

-Terapeuta: Seria terrible ser vieja

-Paciente: No, porque es parte de la vida, cumplir sesenta años

-Terapeuta: ¿Entonces ésta totalmente segura que está vieja?

-Paciente: No, porque un viejo, tiene la edad de sesenta años y yo tengo treinta y cuatro años.

- Terapeuta: El que una persona tenga sesenta años, es trágico

-Paciente: No, pero ya no podría hacer muchas cosas

-Terapeuta: ¿Mientras usted llega a los sesenta años, que es lo que podría hacer?

-Paciente: Hacer algún deporte, arreglarme con la ropa que me guste, salir con mis amistades

-Terapeuta: ¿Entonces el que una persona engañe a otra con una de menor edad, es una razón, para estar vieja?

-Paciente: No

-Terapeuta: Estoy totalmente de acuerdo con usted

Evaluación

Se utilizó el registro de ideas irracionales y paro de pensamientos (ver anexo 7)

Tareas del paciente

La paciente registraba durante la semana los sentimientos o pensamientos automáticos negativos que experimentaba, cuando su cónyuge le decía que estaba vieja (Por ejemplo; tiene razón estoy vieja). Y tenía que utilizar la estrategia de paro de pensamientos, (detectar la idea irracional) para posteriormente autorreforzarse negativamente (ligazo) y finalmente dar una alternativa positiva.

Asertividad: Sesión 9

Objetivo específico

Que la paciente sea capaz de expresar sus sentimientos y manifestar sus derechos (como decirle a su marido que se sirva de comer y que lo quiere dejar)

Explicación de la técnica

Se enseñó a la paciente, conductas específicas, para que las integrara en su repertorio conductual. Se emplearon las instrucciones, el modelado, el ensayo de la conducta, la retroalimentación y el reforzamiento.

-modelado: La exposición del paciente a un modelo que muestre correctamente la conducta que está siendo el objetivo del entrenamiento permite el aprendizaje y observación de este modo de actuación. El modelo suele ser representado por el terapeuta.

-Instrucciones/aleccionamiento, intenta proporcionar a la paciente información explícita sobre la naturaleza y el grado de discrepancia entre su ejecución y el criterio.

También suele incluir información específica sobre lo que constituye una respuesta apropiada, anotaciones que dirigen la atención del paciente hacia sus necesidades etc.

La información puede presentarse bajo diversas formas, por medio de representaciones de papeles, discusiones, material escrito, descripciones en la pizarra, grabaciones en video, etc.

Retroalimentación y reforzamiento, son dos elementos fundamentales, estos dos componentes se funden en uno, cuando la retroalimentación se da al paciente reforzante para él. El reforzamiento tiene lugar a todo lo largo de las sesiones y sirve tanto para adquirir nuevas conductas, recompensando aproximaciones sucesivas, como para aumentar determinadas conductas adaptativas en el paciente (Caballo, 1991).

Actividades del terapeuta

Se explicó las causas de la falta de habilidad de comunicación, como también en qué consistía el entrenamiento asertivo y los tres estilos de respuesta.

Y se le decía a la paciente “Cuando existen problemas de pareja a lo que recurren los hombres de estructura patriarcal, es a la fuerza y agresividad que se traduce en violencia. Y para las mujeres lo mejor es quedarse calladas. Tanto el hombre como la mujer carecen de habilidades de comunicación; es

decir no comunican lo que piensan, sienten y quieren de una manera asertiva y llegan a la violencia conyugal” .

“La asertividad consiste en un conjunto de actitudes que expresan los gustos, disgustos u opiniones personales a través de una actitud y tono de voz que no resultaría molesto para las otras personas, en la mayoría de las ocasiones las personas son inasertivas porque exigen y piden las cosas de forma agresiva o simplemente se quedan callados”

Existen tres tipos de respuesta, y tienen que ver conductas no verbales y verbales.

No asertiva: Cuando las personas no somos capaces de expresar abiertamente sentimientos, pensamientos y opiniones, o al expresarlos de una manera autoderrotista, con disculpas, con falta de confianza, de tal modo que los demás puedan no hacerle caso.

Conducta no verbal: Ojos que miran hacia abajo, voz baja, vacilaciones; gestos desvalidos; negando importancia a la situación; postura hundida; puede evitar totalmente la situación; se retuerce las manos, tono vacilante o de queja; risitas “falsas”.

Conducta verbal: “Quizás”; “Supongo”; “Me pregunto si podríamos”; “Te importaría mucho”; “Solamente”, “No crees que”, “Ehhh”; “bueno”; “Realmente no es importante”; “No te molestes”.

Los efectos de este tipo de comportamiento son: Conflictos interpersonales, depresión, desamparo, imagen pobre de uno mismo, se hace daño a sí mismo, pierde oportunidades, tensión, se siente sin control, soledad, no se gusta ni a sí mismo ni a los demás, se siente enfadado.

Asertiva: Expresión directa de los propios sentimientos, deseos, derechos y opiniones sin amenazar o castigar a los demás y sin violar los derechos de esas personas.

Conducta no verbal: Contacto ocular directo; nivel de voz conversacional; habla fluida; gestos firmes; postura erecta; mensajes en primera persona, honesto/a; verbalizaciones positivas; respuestas directas a la situación; manos sueltas.

Conducta verbal: “Pienso”; “siento”; “Quiero”; “Hagamos”; “¿Cómo podemos resolver esto?”; “¿Qué piensas?”; “Qué te parece?”.

Los efectos de este tipo de comportamiento son: Resuelve los problemas, se siente a gusto con los demás, se siente satisfecho, se siente a gusto consigo mismo, relajado, se siente con control, crea y fabrica la mayoría de las oportunidades, se gusta a sí mismo y a los demás, es bueno para sí y para los demás

Agresivo: expresión de los pensamientos, sentimientos y opiniones por medio de reacciones violentas, inapropiadas e impositivas y que agrede la integridad física de las personas.

Conducta no verbal: Mirada fija; voz alta, habla fluida/rápida; enfrentamiento; gestos de amenaza; postura intimidatoria; deshonesto/a; mensajes impersonales.

Conducta verbal

“Harías mejor en”, “Haz”; “Ten cuidado”; “Debes estar bromeando”; “Si no lo haces...”; “No sabes”; “Deberías”; “Mal”.

Los efectos de este tipo de comportamiento son: Conflictos interpersonales, culpa, frustración, imagen pobre de sí mismo, hace daño a los demás, pierde oportunidades, tensión, se siente sin control, soledad, no le gustan los demás, se siente enfadado.

Posteriormente se le modelaba, situaciones elegidas por la paciente, con los tres tipos de respuesta, para que ella observara como debía comunicar ideas y pensamientos de una manera asertiva. Para que después las llevara a cabo.

Situación: Usted llega de la calle y su cónyuge le ordena que le sirva de comer
Usted podría:

Ejemplo: de la respuesta no asertiva

- No digo nada y le sirvo de comer (No comunique lo que pensaba, me quede callada y enojada).

Ejemplo: de la respuesta asertiva

-Decirle tú también podrías servirte de comer, seria lo justo, vengo exhausta (Comunique lo que pensaba)

Ejemplo: de la respuesta agresiva

-No me molestes, estoy cansada, ahí está la comida, come si quieres (Tuve un conflicto y me sentí tenso).

Al termino de este ejercicio, se le preguntó a la paciente “una situación en la que quisieras comportarte asertivamente pero que te resulta difícil debido algún miedo” A lo que dijo;

-“Como decirle a mi marido que lo quiero dejar”

Situación: Usted, está en su casa, y le dice a su cónyuge, que quiere hablar con él, porque se quiere separar

Usted podría:

Ejemplo: de la respuesta no asertiva

-Te quería decir algo, pero mejor ya no, en otra ocasión (No comunique lo que pensaba, me quede callada).

Ejemplo: de la respuesta asertiva

-Sabes, que he tomado una decisión, y lo mejor, es que nos separemos (Comunique lo que pensaba)

Ejemplo: de la respuesta agresiva

-Ya no te aguanto, me tienes harta, por eso me quiero separar de ti (Tuve un conflicto y me sentí tenso).

Evaluación

Se llevó un registro de conductas no verbales (mirada, expresión facial, gestos, postura, orientación, distancia/contacto físico y conductas verbales: volumen, entonación, fluidez, tiempo de habla, contenido, apropiado a la situación, reforzante. (Este registro se llevaba en la sesión ver anexo 8), ya que para la tarea en casa se le daba otro registro (ver anexo 9).

Tareas del paciente

Durante toda la semana, la paciente ensayaba el ejercicio realizado en la sesión de expresar sus sentimientos y manifestar sus derechos de una manera asertiva. Y tenía que escribir cómo se sintió (bien, incomoda, mal). Si observaba algún comportamiento que quisiera cambiarlo, debía ensayarlo varias veces hasta que le agradara la forma en que lo hiciera. Y así darle una puntuación del 1 al 10.

Asertividad: Sesión 10

Objetivo específico

Que la paciente sea capaz de expresar sus sentimientos y manifestar sus derechos (como decirle a su marido que se sirva de comer y que lo quiere dejar).

Actividades del terapeuta

En esta sesión se le explicaron los derechos asertivos, y se trabajó con la misma situación. Se utilizó el modelado y ensayo conductual.

DERECHOS ASERTIVOS.

- Tengo derecho a ser mi propio juez y valorar mi conducta.
- Tengo derecho a hacer cualquier cosa que yo quiera, con tal de no lastimar a otra persona.
- Tengo derecho a mostrar mi dignidad, aunque esto lastime a alguien.
- Tengo derecho a pedirle cualquier cosa a cualquier persona, con tal de reconocer que la otra persona tiene derecho a decir que no.
- Tengo derecho a decidir si me incumbe resolver problemas ajenos.
- Cuando mis derechos no están bien claros, tengo derecho a discutirlos y aclararlos.
- Tengo derecho a decir "no sé" o cambiar de parecer.
- Tengo derecho a hacer valer mis derechos.
- Tengo derecho a renunciar a mis derechos.
- Tengo derecho a cometer errores y a responsabilizarme de ellos.
- Tengo derecho a ser tratado con respeto y dignidad.
- Tengo derecho a no anticiparme a las necesidades y deseos de los demás.

Al término de la explicación de los derechos asertivos, se le pedía a la paciente que escribiera cinco derechos que creyera tener en su familia, trabajo y sociedad. Posteriormente se comenzaba con el ejercicio de asertividad, seleccionado por la paciente.

Situación:

-“Como decirle a su marido que lo quiero dejar”

Se utilizó el modelado y ensayo conductual.

Evaluación

Se llevó un registro de componentes no verbales (mirada, expresión facial, gestos, postura, orientación, distancia/contacto físico y componentes verbales: volumen, entonación, fluidez, tiempo de habla, contenido, apropiado a la situación, reforzante. (este registro se llevaba en la sesión ver anexo 8), ya que para la tarea en casa se le daba otro registro. (ver anexo 9).

Tareas del paciente

Durante toda la semana, la paciente ensayaba el ejercicio realizado en la sesión de expresar sus sentimientos y manifestar sus derechos de una manera asertiva. Y tenía que escribir cómo se sintió (bien, incomoda, mal). Si observaba algún comportamiento que quisiera cambiarlo, debía ensayarlo varias veces hasta que le agradara la forma en que lo hiciera. Y así darle una puntuación del 1 al 10.

Sesión 11 y 12: En estas sesiones se siguió trabajando, con la asertividad y la situación elegida por la paciente (cómo decirle a mi marido que lo quiero dejar) En las cuales se realizaba el mismo procedimiento.

Solución de problemas: Sesión 13

Objetivo específico

Que la paciente sea capaz de reconocer, que los problemas siempre están presentes y que todos cuentan con la capacidad para enfrentarlos.

Explicación de la técnica

Se enseñó soluciones eficaces, para resolver un problema, por medio de los siguientes pasos:

1. Orientación hacia el problema:
2. Definición y formulación del problema
3. Generación de alternativas
4. Toma de decisiones
5. Puesta en práctica de solución y verificación si, se llevó a cabo

Objetivos del tratamiento de terapia solución de problemas

- a. Ayudar a los pacientes a identificar las anteriores y las actuales situaciones estresantes de la vida (los acontecimientos más importantes de la vida y los problemas diarios actuales), que constituyen los acontecimientos de una reacción emocional negativa.
- b. Minimizar el grado en que esa respuesta impacta de forma negativa sobre intentos futuros de afrontamiento.
- c. Aumentar la eficacia de sus intentos de solución de problemas, en el afrontamiento de situaciones problemáticas actuales.
- d. Enseñar habilidades que permitan a los individuos enfrentar los futuros problemas de una manera eficaz, con el fin de evitar perturbaciones psicológicas (Caballo, 1991).

Actividades del terapeuta

Se explicó en qué consistía la técnica de solución de problemas

Se le decía a la paciente “la técnica de solución de problemas, consiste en una serie de problemas y en ocasiones la gente no cuenta con la habilidad para resolverlos, por lo que necesita asesoría o apoyo de técnicas que le ayuden a encontrar solución”

(Orientación hacia el problema)

Se le orientaba al problema, diciéndole “los sentimientos o emociones son indicios o señales de que existe un problema: Por ejemplo: me siento triste, tengo un cosquilleo en el estomago, estoy confuso”.

“Ahora, te voy a pedir que expreses, tus emociones que sientes en este momento, a lo que ella menciono, soledad, tristeza y confusión”.

Evaluación

Se utilizó un registro para evaluar la habilidad de solución de problemas. La paciente tenía que definir y analizar un problema, y así dar una puntuación del 1 al 10, de acuerdo a la habilidad que consideraba tener para solucionar un problema (ver anexo 10).

Tareas del paciente

A la paciente se le daba un registro de evaluación de solución de problemas, en donde tenía que definir y analizar un problema aplicando todas las habilidades aprendidas hasta la fecha.

Solución de problemas: Sesión 14

Objetivo específico

Que la paciente sea capaz de reconocer, que los problemas siempre están presentes y que todos cuentan con la capacidad para enfrentarlos.

Actividades del terapeuta

(Definición y formulación del problema) Separarse de su esposo

Se le enseñó a definir y formular un problema, se dirigiría la sesión, contribuyendo a que la paciente identificará, un problema. Se utilizaban las siguientes preguntas: ¿Quién está implicado en este problema? ¿Qué estás sintiendo sobre este problema? ¿Qué está sucediendo que hace que te sientas triste? ¿Qué estás pensando en respuesta a este problema? ¿Qué sucederá si no soluciono este problema? ¿Dónde ocurre el problema? ¿Cuándo lo solucionarás, supuestamente, este problema? ¿Por qué ocurrió este problema? ¿Por qué te estás sintiendo tan triste?

Evaluación

Se utilizó un registro para evaluar la habilidad de solución de problemas. La paciente tenía que definir y analizar un problema, y así dar una puntuación del 1 al 10, de acuerdo a la habilidad que consideraba tener para solucionar un problema (ver anexo 10).

Tareas del paciente

A la paciente se le daba un registro de evaluación de solución de problemas, en donde tenía que definir y analizar un problema aplicando todas las habilidades aprendidas hasta la fecha.

Solución de problemas: Sesión 15

Objetivo específico

Que la paciente sea capaz de reconocer, que los problemas siempre están presentes y que todos cuentan con la capacidad para enfrentarlos.

Actividades del terapeuta

(Generación de alternativas)

Se le enseñó a identificar, las alternativas más eficaces, en el afrontamiento de su problemática, se dirigiría la sesión, contribuyendo a que la paciente utilizara las tres reglas del torbellino de ideas: el principio de cantidad, el principio de aplazamiento del juicio y principio de la variedad. Se le explicó la dinámica de las tres reglas del torbellino de ideas:

Se le decía a la paciente “Utilizaremos las tres reglas del torbellino de ideas, para buscar alternativas y la solución más eficaz a el problema. Primero se trabajara con el principio de cantidad, consiste en que generes una lista de ideas alternas como puedas, para que puedan existir opciones más eficaces al problema. Posteriormente se trabajara con el principio de aplazamiento del juicio, consiste en que realices ,una lista exhausta de ideas como sea posible, no importa si estas serán de calidad o eficacia y finalmente se trabajara con el principio de la variedad, este consiste en que pienses, un amplio rango de soluciones posibles al problema”.

La paciente dio un amplio rango de soluciones como:

- Tendría que salirme de mi casa
- Tendría que buscar el apoyo de mis amigas
- Irme a otro estado

Evaluación

Se utilizó un registro para evaluar la habilidad de solución de problemas. La paciente tenía que definir y analizar un problema, y así dar una puntuación del 1 al 10, de acuerdo a la habilidad que consideraba tener para solucionar un problema (ver anexo 10).

Tareas del paciente

A la paciente se le daba un registro de evaluación de solución de problemas, en donde tenía que definir y analizar un problema aplicando todas las habilidades aprendidas hasta la fecha.

Solución de problemas: Sesión 16

Objetivo específico

-Que la paciente sea capaz de reconocer los problemas que puedan presentarse y saber afrontarlos de manera adecuada.

Actividades del terapeuta

(Toma de decisiones)

Se le enseñó la identificación de un amplio rango de consecuencias, positivas y negativas, a corto y largo plazo como bienestar emocional, bienestar social y personal, para que así tomara la decisión adecuada. Se le pedía que realizara una lista de decisiones que podría tomar y que consecuencias positivas y negativas podían existir.

La paciente generaba una lista de resultados específicos anticipados de la solución, tanto los efectos a corto y largo plazo, así como las consecuencias personales y sociales.

Ejemplo:

-Si me voy a otro estado

Consecuencias positivas: Podré trabajar y podré comprar una casa

Consecuencias negativas: Dejare a mis amigos y familia

-Si me salgo de mi casa

Consecuencias positivas: Ya no me golpeará

Consecuencias negativas: Él me buscará y me acosará

-Si me separa de él,

Consecuencias positivas: Respetará mis derechos como mujer y estaré protegida.

Consecuencias negativas: Tendré que buscar ayuda legal y será muy desgastante

Una vez que se obtuvo la lista de decisiones que podría tomar y que consecuencias positivas y negativas podían existir. La paciente eligió separarse de su cónyuge, por lo que se realizó un plan de acción para llevar a cabo la solución. El plan fue el siguiente: buscar ayuda legal, irse a vivir con sus hijos, a otro estado con algún familiar, para que le pudiera ayudar, mientras buscaba un trabajo, una casa, y una escuela para sus hijos. Asesorarse sobre su situación legal en el estado en donde se iría, para que su agresor, no la volviera a molestar, ni saber de él.

Evaluación

Se utilizó un registro para evaluar la habilidad de solución de problemas. La paciente tenía que definir y analizar un problema, y así dar una puntuación del 1 al 10, de acuerdo a la habilidad que consideraba tener para solucionar un problema (ver anexo 10).

Tareas del paciente

A la paciente se le daba un registro de evaluación de solución de problemas, en donde tenía que definir y analizar un problema aplicando todas las habilidades aprendidas hasta la fecha.

Solución de problemas: Sesión 17

Objetivo específico

-Que la paciente sea capaz de reconocer los problemas que puedan presentarse y saber afrontarlos de manera adecuada.

Actividades del terapeuta

(Verificar si llevó a cabo la solución decidida por la paciente y que efecto tuvo)

Después de un mes, se volvió a citar a la paciente, y efectivamente llevó a cabo la solución elegida, separarse de su esposo, busco ayuda legal, y ya estaba viviendo en Guanajuato con una de sus tías, ya había encontrado trabajo.

La paciente mencionó, que cuando le dijo a su cónyuge, que se iba a separar él, se puso agresivo, ella le dijo, que ya no le tenía miedo, y que ni se atreviera a ponerle una mano encima. Porque ya no era la mujer tonta de antes y ya había buscado ayuda legal, y no le daba miedo lo que él hiciera, que próximamente le iba a llegar un citatorio para que viera que ya no se les podía acercar. Que no le importaba si le daba o no pensión, lo único que quería es no volverlo a ver más.

EVALUACIÓN FINAL

Al término de la psicoterapia, se aplicaron nuevamente los inventarios de Ansiedad (IDARE) y Asertividad (Rathus), que se utilizaron en la evaluación inicial. Para verificar y evaluar que efectivamente, habían disminuido o eliminado sus síntomas.

6.5. RESULTADOS

Los resultados se describen en dos rubros análisis cualitativos y cuantitativos

Cualitativo:

- Mejoría clínica
- Reporte verbal de la paciente
- Opinión de la terapeuta
- Opinión de la paciente

Cuantitativos: Según los registros

- Registros de relajación, Restructuración-cognitiva, Asertividad y Solución de problemas
- Comparación entre la pre-evaluación y post-evaluación, para los instrumentos:
 - Inventario de ansiedad (IDARE)
 - Inventario de Asertividad (Rathus)

Para dar de alta a la paciente se tomo en cuenta, si se había cumplido el objetivo de la terapia y de cada una de las sesiones, mejora clínica, reporte verbal de cada una de las sesiones, así como la opinión de la terapeuta y la paciente, registros de relajación, restructuración-cognitiva, asertividad, solución de problemas, inventario de ansiedad (IDARE) e inventario de asertividad (Rathus).

- Inventario de ansiedad (IDARE)
- Inventario de Asertividad (Rathus)

Resultados cualitativos

En la evaluación inicial (entrevista) la paciente, llegó con un semblante triste, labios secos, ojos rojos, cabello maltratado, sin mucha energía para hacer las cosas, distraída, su físico era muy descuidado, no salía con sus amistades, se quedaba en su casa. Al aplicarle el inventario (IDARE), se obtuvo un alto nivel de ansiedad es decir; la paciente respondía ansiosamente y se descontrolaba, ante situaciones que ya conocía, así como de atmosfera emocional negativa. Al aplicarle el inventario (Rathus), se obtuvo una puntuación negativa de su comportamiento asertivo, y en la prueba proyectiva se encantaron rasgos de inseguridad, frustración, sentimientos de culpa y ansiedad. Estos fueron los datos que se obtuvieron en la evaluación inicial, tanto en la entrevista, inventarios, prueba proyectiva e impresión clínica. Era un caso sumamente delicado y grave. Una vez obtenidos estos datos, se aplicó el tratamiento, la paciente tuvo una mejoría a nivel físico, psicológico y social. Su semblante era alegre, sonreía, se peinaba, maquillaba, arreglaba, comenzaba a salir con sus amistades, ya no se quedaba callada, expresaba sus sentimientos, se integraba en las pláticas. Su mejoría, semana con semana, era muy notoria. Al terminó de las 14 sesiones del tratamiento, y lograr los objetivos terapéuticos, se le aplicaron los inventarios finales (IDARE), para verificar y evaluar que efectivamente, sus síntomas de ansiedad, habían disminuido o eliminado. En el caso del inventario (Rathus), para verificar y evaluar su comportamiento asertivo. En los resultados de evaluación final, se obtuvo una disminución de ansiedad y un aumento de una puntuación positiva en el comportamiento asertivo, por lo que se decidió darla de alta. Además que ella mencionó que ya estaba lista para dejar la terapia, y enfrentar su separación.

La paciente logró disminuir su nivel de ansiedad, reestructurar sus ideas negativas, manifestar sus derechos, definir los problemas, como tomar la decisión adecuada separarse de su cónyuge.

En cuanto a los registros verbales, la paciente mencionó que al principio de las sesiones de relajación le costo mucho trabajo relajarse, pero poco a poco lo logró, disminuyó su ansiedad que sentía en diferentes situaciones.

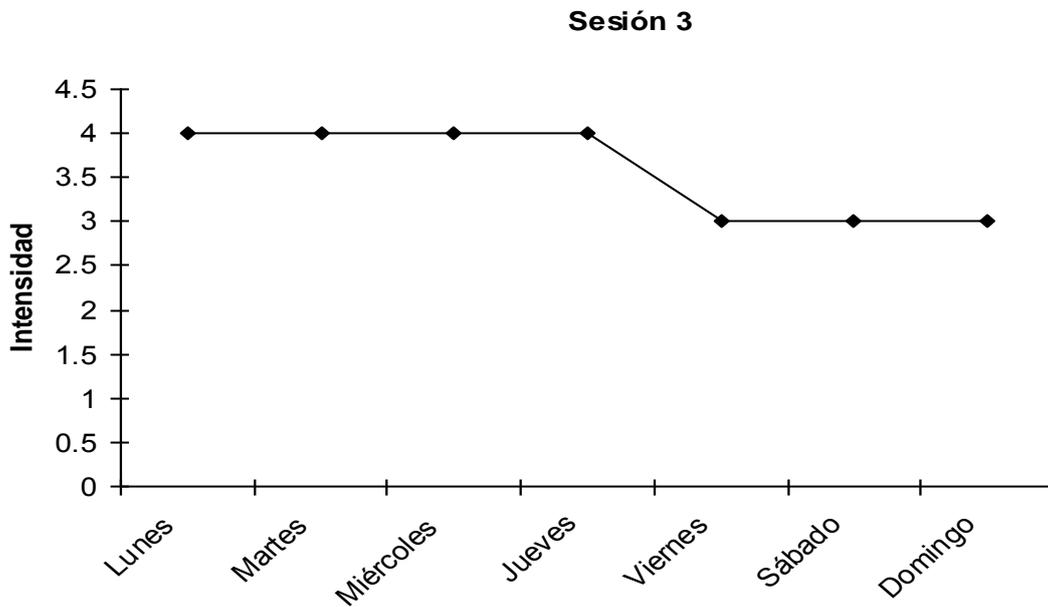
Mientras en las sesiones de terapia racional emotiva mencionó que, fueron un gran reto, al inicio le costo mucho trabajo eliminar estas ideas negativas acerca de su persona y de la violencia que sufrió, pero algo que la ayudo mucho, fueron las palabras de paro de pensamiento y la liga.

Por lo que en las sesiones de asertividad, mencionó que esta técnica, le sirvió, porque no sabía como expresar sus sentimientos de enojo como decirle a su cónyuge que se sirviera de comer, lavara su ropa, y que se quería separa de él.

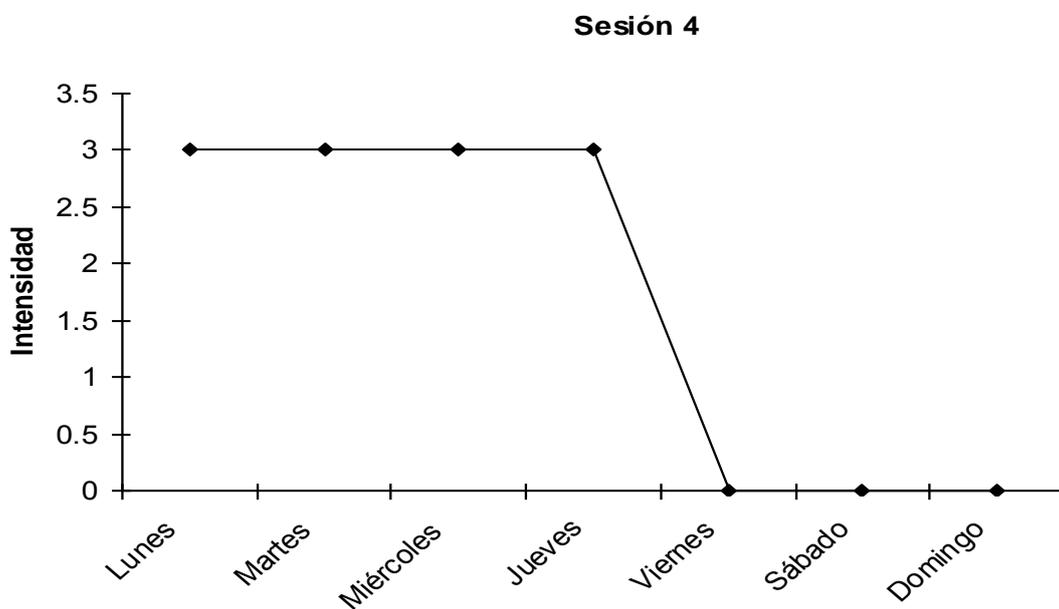
Finalmente en las sesiones de solución de problemas mencionó que, logró su objetivo salir de la violencia y eliminar sus malestares. Por fin se había dado cuenta, que su relación ya no era sana y que quería vivir tranquila y lo mejor era separarse de su cónyuge.

Al término de la terapia y evaluaciones finales, se volvió a citar a la paciente después de un mes, para verificar si efectivamente había llevado a cabo la solución elegida (separarse de su esposo). Por lo que esta solución la llevó a cabo, logró separarse de su esposo, busco ayuda legal, y ya estaba viviendo en Guanajuato con una de sus tías, además ya había encontrado trabajo en ese estado.

Resultados cuantitativos de las sesiones de relajación

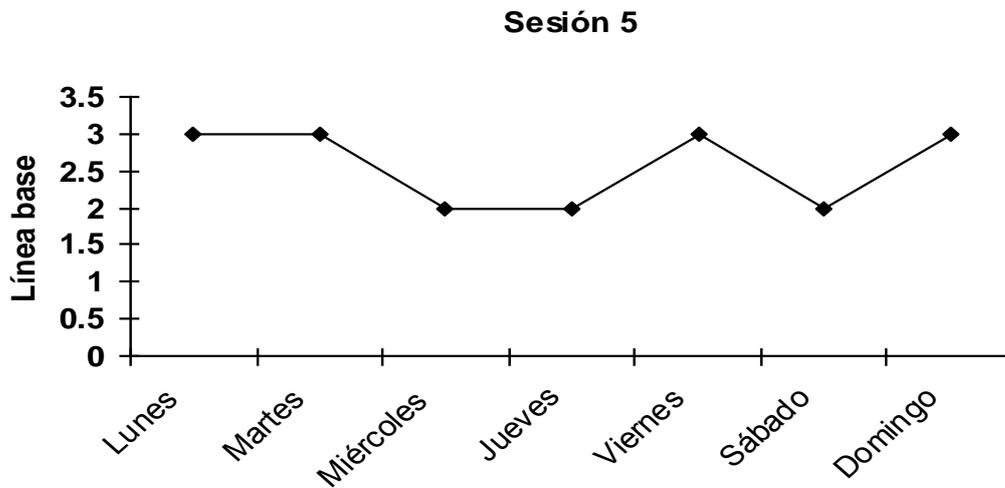


En la figura 4. Puntuación de la primera semana de relajación. Podemos ver como fue decrementando su sensación de tensión de la paciente, comenzó en la primera sesión con una puntuación de 4 y disminuyó a 3.

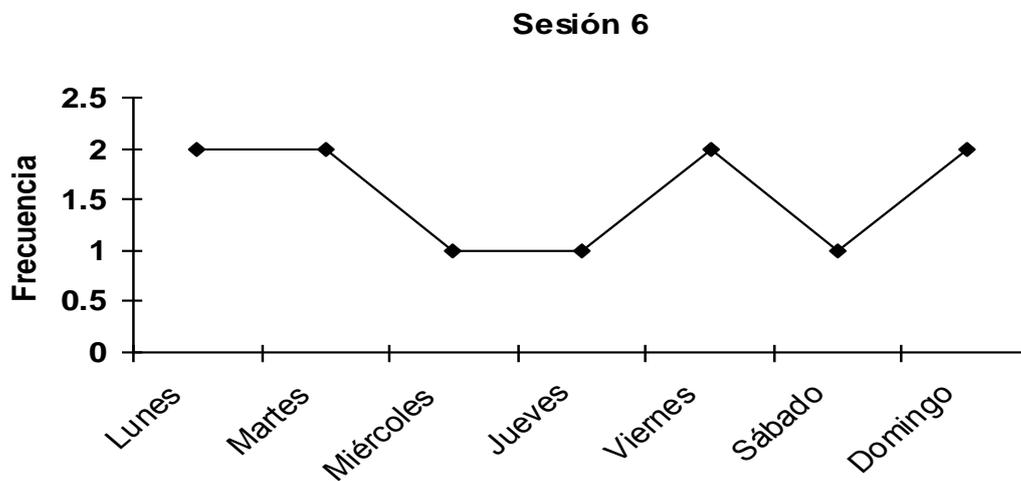


En la figura 5. Puntuación de la segunda semana de relajación. Podemos ver como fue decrementando su sensación de tensión de la paciente, permaneció en 3 y decremento a 0.

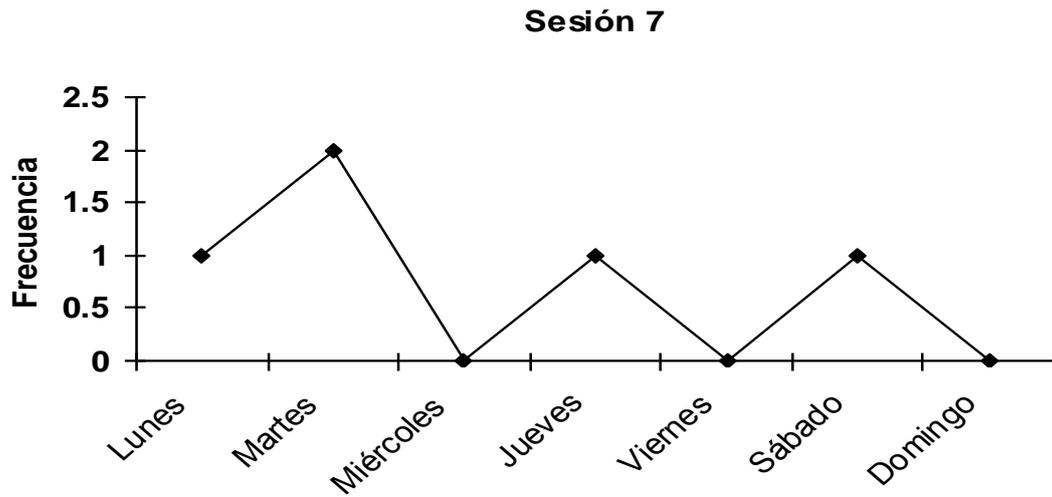
Resultados cuantitativos de las sesiones de la terapia racional emotiva



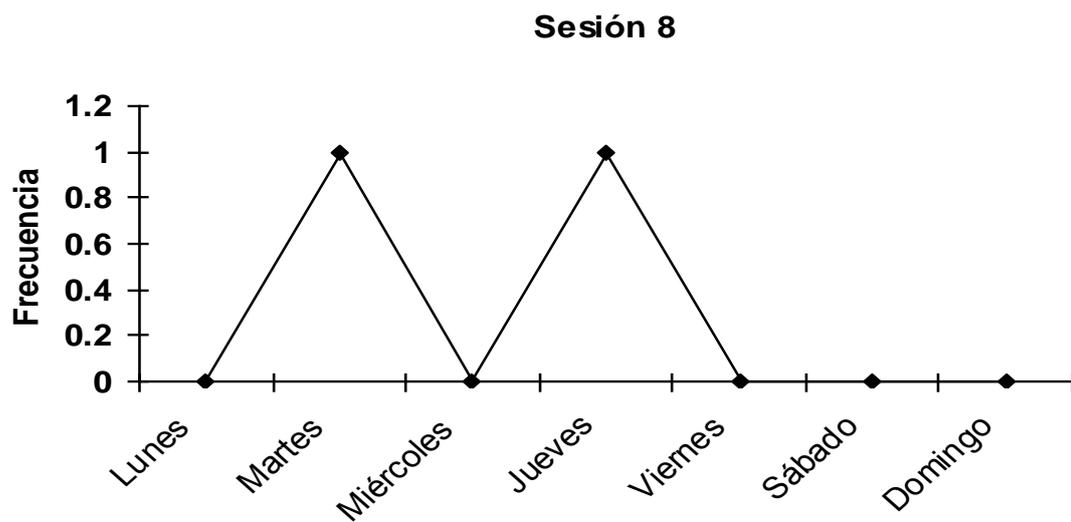
En la figura 6. Ideas irracionales que tuvo la paciente, en la semana del registro de línea base, que fue de 18 ideas irracionales.



En la figura 7. Frecuencia de ideas irracionales de la paciente. Podemos ver como en la segunda semana, disminuyeron sus ideas irracionales de 18 a 11, logró eliminar 7 ideas.

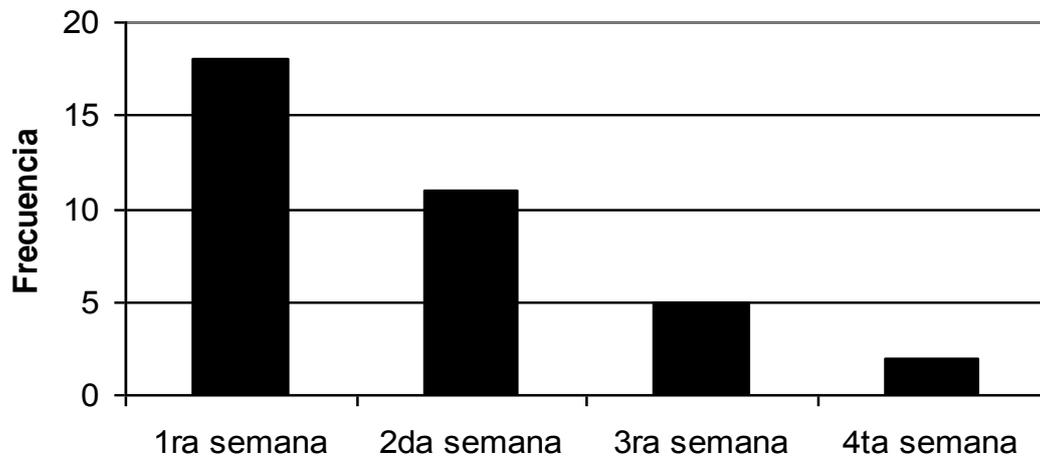


En la figura 8. Frecuencia de ideas irracionales de la paciente. Podemos ver como en la tercera semana, disminuyeron sus ideas irracionales de 11 a 5, logró eliminar 6 ideas.



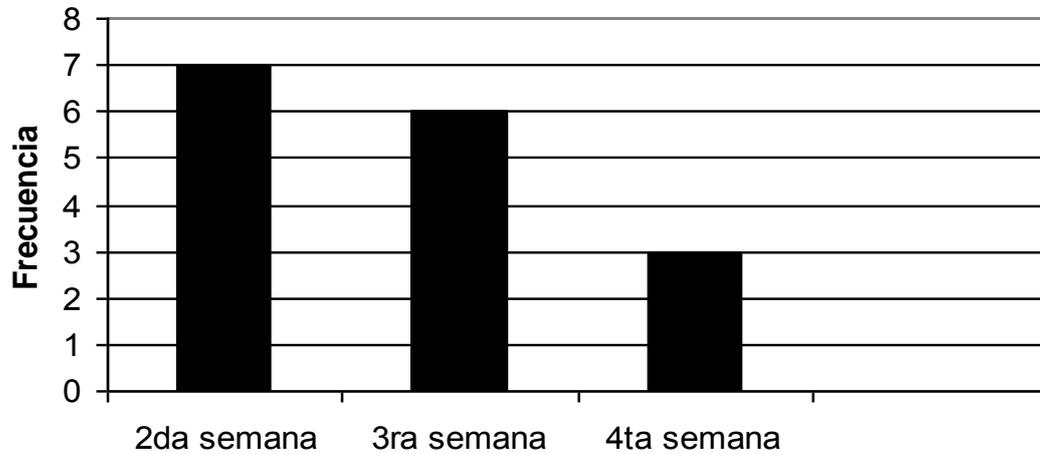
En la figura 9. Frecuencia de ideas irracionales de la paciente. Podemos ver como en la cuarta semana, disminuyeron sus ideas irracionales de 5 a 2, logró eliminar 3 ideas.

Gráfica general de ideas irracionales



En la figura 10. De 18 ideas irracionales, la paciente disminuyó a 2 en la última sesión.

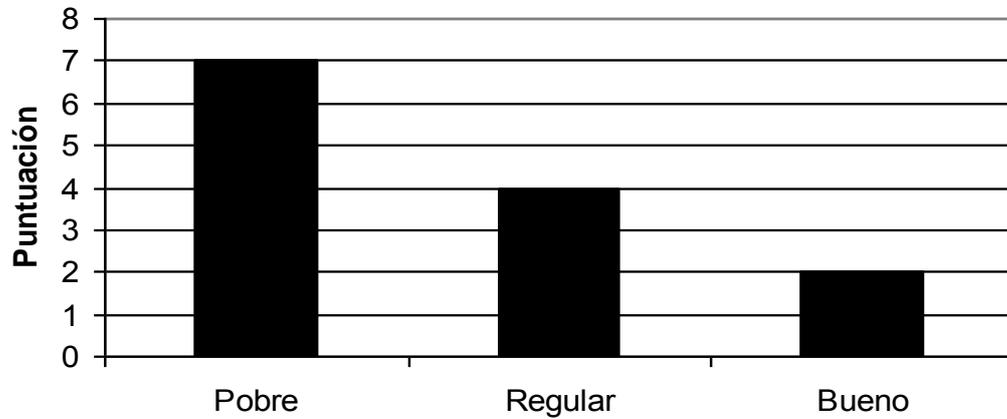
Ideas irracionales eliminadas



En la figura 11. En la segunda semana la paciente, eliminó 7 ideas, en la tercera sesión 6 ideas y en la cuarta sesión 3 ideas, es decir, logró eliminar 16 ideas irracionales de las 18.

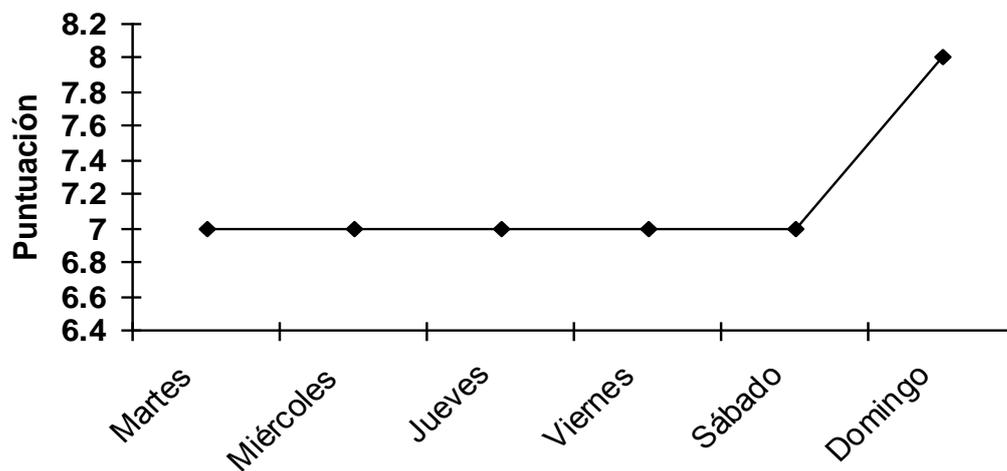
Resultados cuantitativos de las sesiones de Asertividad

Sesión 9



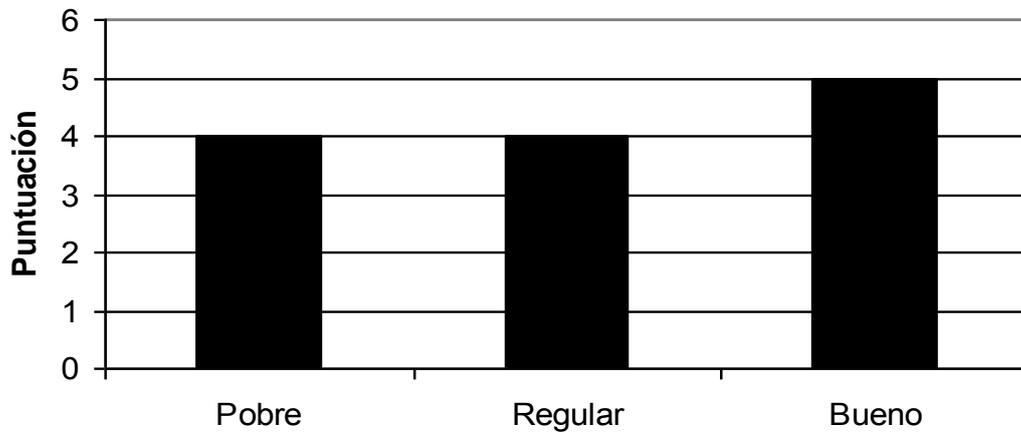
En la figura 12. Puntuación que la paciente, obtuvo en su registro de asertividad en la primera semana de componentes conductuales, en conductas no verbales y componentes paralingüísticos en 7 categorías, la mayoría de ellas, como mirada, gestos, postura, volumen, fluidez, tiempo de habla y apropiado a la situación, tenía un desarrollo pobre.

Sesión 9



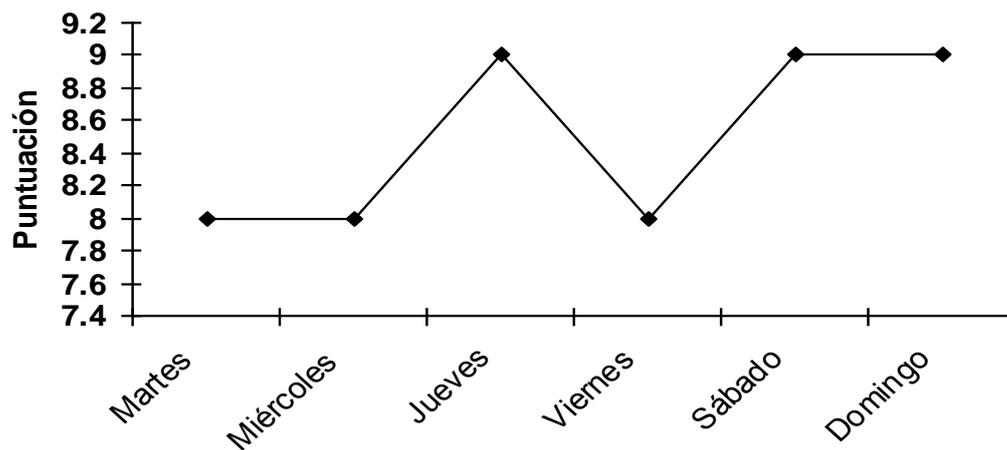
En la figura 13. Puntuación que la paciente, obtuvo en su registro de asertividad en la primera semana, se ve como al principio tuvo una puntuación de 7 que es una respuesta no asertiva y se incremento en el último día a 8 a una respuesta asertivamente.

Sesión 10



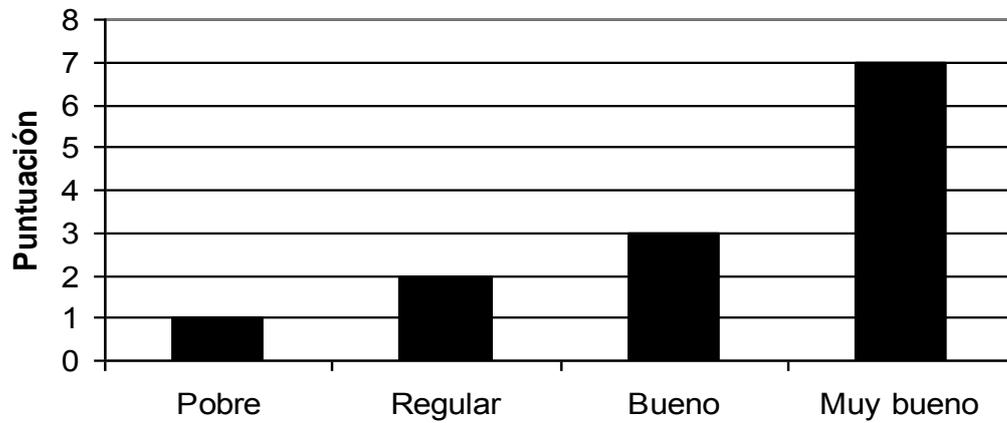
En la figura 14. Puntuación que la paciente, obtuvo en su registro de asertividad en la segunda semana de componentes conductuales, en conductas no verbales y componentes paralingüísticos en 5 categorías, la mayoría de ellas, como mirada, expresión facial, gestos, postura, volumen, tenía un desarrollo bueno.

Sesión 10



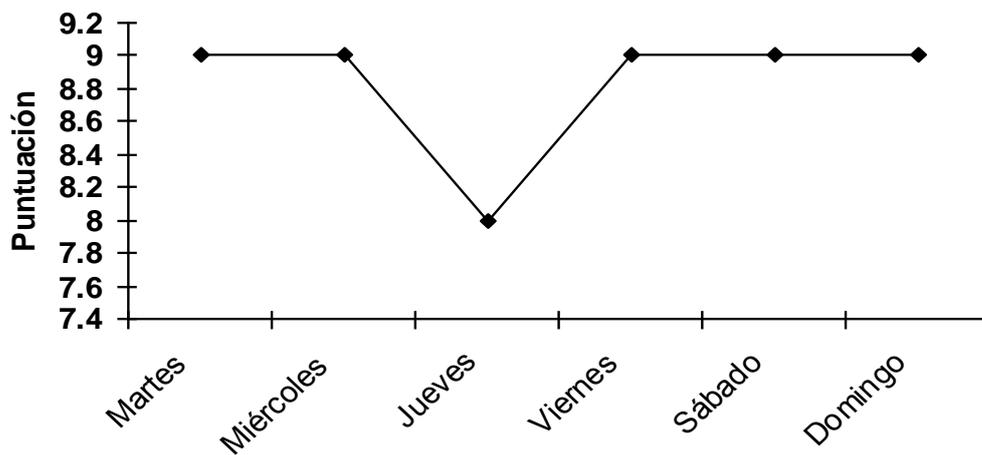
En la figura 15. Puntuación que la paciente, obtuvo en su registro de asertividad en la segunda semana, se ve como al principio tuvo una puntuación de 8 se incremento a 9.

Sesión 11



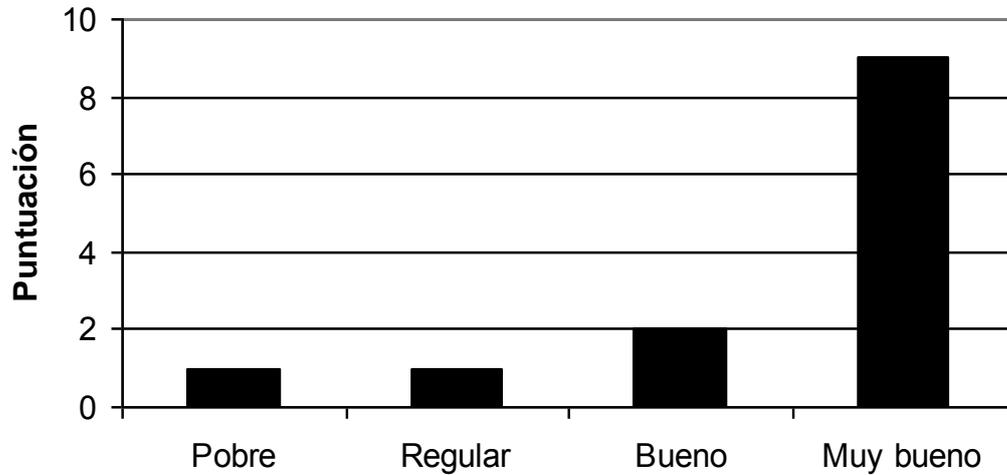
En la figura 16. Puntuación que la paciente, obtuvo en su registro de asertividad en la tercera semana de componentes conductuales, en conductas no verbales y componentes paralingüísticos en 7 categorías, la mayoría de ellas, como mirada, expresión facial, gestos, postura, volumen, entonación, fluidez, tenía un desarrollo muy bueno.

Sesión 11



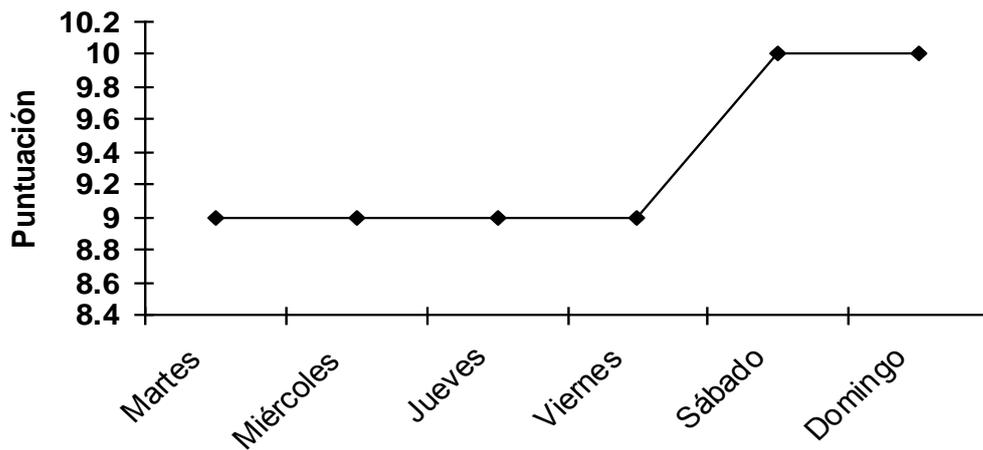
En la figura 17. Puntuación que la paciente, obtuvo en su registro de asertividad, en la tercera semana se ve como permanece en 9.

Sesión 12



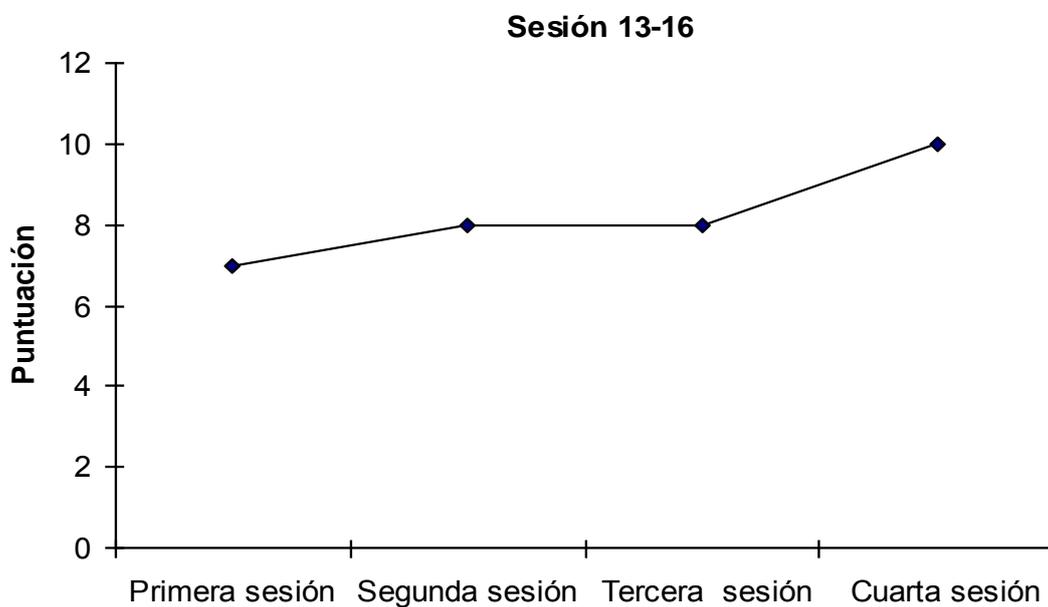
En la figura 18. Puntuación que la paciente, obtuvo en su registro de asertividad en la cuarta semana de componentes conductuales, en conductas no verbales y componentes paralingüísticos en 9 categorías, la mayoría de ellas, como mirada, expresión facial, gestos, postura, orientación, volumen, entonación, fluidez, contenido, tenía un desarrollo muy bueno.

Sesión 12



En la figura 19. Puntuación que la paciente, obtuvo en su registro de asertividad en la cuarta semana, se ve como permaneció en 9 y en los últimos dos días incremento a 10.

Resultados cuantitativos de las sesiones de Solución de problemas



En la figura 20. Puntuación que la paciente, obtuvo en su registro de habilidad para solucionar un problema en las cuatro semanas, se ve como en la primera semana tuvo una puntuación de 7 poca habilidad y se incrementó en la última semana a 10 es decir ya tenía mucha habilidad para resolver un problema.

-Comparación entre la pre-evaluación y post-evaluación, para los instrumentos:

-Inventario de ansiedad (IDARE)

- Inventario de Asertividad (Rathus)

Inventario de ansiedad (IDARE)

La paciente al inicio de esta evaluación presentaba un alto nivel de ansiedad, su puntuación era de A-Estado; 48 y A-Rango de 60. Se definen como altos niveles de ansiedad, según este instrumento (IDARE).

La paciente respondía ansiosamente y se descontrolaba, ante situaciones que ya conocía, así como de atmosfera emocional negativa.

Al final de la evaluación la paciente presentó, un nivel bajo de ansiedad su puntuación fue de A-Estado; 26 y A-Rango de 32 .Se define con bajos niveles de ansiedad, es decir sabe controlar las distintas situaciones que se le presentan en un determinado momento, por consiguiente sabe responder ante situaciones que se pueden considerar ansiosas.

| Pre-evaluación | Post-evaluación |
|----------------|-----------------|
| A-Estado 48 | A-Estado 26 |
| A-Rango 60 | A-Rango 32 |

Tabla 10. Puntuación de la pre y post evaluación del inventario de ansiedad, rasgo-estado

-Inventario de Asertividad (Rathus)

La paciente en la pre-evaluación se caracterizaba por ser una persona poca asertiva ya que tuvo una puntuación de -70.

En la post-evaluación, tuvo una puntuación de +80, es decir se caracteriza por se una persona asertiva, según el inventario Rathus.

DISCUSIÓN

En el presente trabajo, se aplicó un tratamiento cognitivo-conductual con perspectiva de género para víctimas de violencia conyugal, con el objetivo de que la paciente analizará críticamente los esquemas, sobre el deber ser de las mujeres y los hombres en la sociedad, y que adquiriera habilidades cognitivas, físicas y sociales, que le permitieran enfrentar adecuadamente las consecuencias producidas por la violencia conyugal a través de la terapia. En este tratamiento se lograron los objetivos terapéuticos. La paciente logró disminuir su nivel de ansiedad, reestructurar sus ideas negativas, manifestar sus derechos y sentimientos, definir los problemas, como tomar la decisión adecuada, (separarse de su cónyuge).

La evaluación inicial consto de 2 sesiones de una hora aproximadamente se utilizó la entrevista semi- estructurada para víctimas de violencia conyugal del programa interdisciplinario de atención a la violencia sexual y estudios de género (PIAV), y se utilizaron los inventarios de Ansiedad (IDARE) y Asertividad (Rathus), así como la prueba de figura humana (Machover). Una vez terminada la evaluación inicial, se aplicó el tratamiento que constó de 14 sesiones, en la sesión 3 y 4 se explicaron las consecuencias de la violencia, y en qué consistía el entrenamiento de relajación, por lo que se aplicó está técnica; en la sesión 5, 6, 7 y 8, se explicó lo que implicaba ser mujer y ser hombre, como también en qué consistía la lógica de la terapia racional emotiva, y fue aplicada está técnica; en la sesión 9, 10, 11 y 12, se explicó las causas de la falta de habilidad de comunicación, como también en qué consistía el entrenamiento asertivo, y los tres estilos de respuesta, por lo que se aplicó la técnica de asertividad; en la sesión 13, 14, 15, 16 ;se explicó en qué consistía la técnica de solución de problemas y se aplicó esta técnica. Al terminó de la sesión 16, se realizó la evaluación final, se aplicaron los mismos inventarios de Ansiedad (IDARE) y Asertividad (Rathus), que se utilizaron en la evaluación inicial. Después de un mes, se volvió a citar a la paciente, y efectivamente llevó a cabo la solución elegida, separarse de su esposo, busco ayuda legal, y ya estaba viviendo en Guanajuato con una de sus tías, ya había encontrado trabajo.

Esta intervención terapéutica cognitivo-conductual, con perspectiva de género, es funcional para víctimas de violencia conyugal, ya que el tratamiento, tiene los elementos e instrumentos necesarios para que la terapia tenga éxito.

Al aplicar el presente tratamiento, y al hacer una revisión teórica de los distintos tratamientos terapéuticos para este tipo de casos, se encontró que los tratamientos carecen de elementos e instrumentos, como es el caso del tratamiento de Labrador et al. (2006), que sólo consta de 8 sesiones de aproximadamente 60 minutos. Los componentes básicos, fueron psicoeducación, control de la respiración diafragmática, terapia cognitiva y terapia de exposición. Son muy pocas sesiones, para que este tratamiento, pueda ser eficaz en este tipo de casos, ya que la mayoría de estos son muy graves y se necesitan por lo menos 14 sesiones. Y si partimos, de que estas víctimas presentan estrés-postraumático, necesitan una terapia más extensa, ocho sesiones, no pueden ser suficientes para la atención terapéutica de estas víctimas. Mientras tanto (Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 1994), aplicó un tratamiento, que constó de 12 sesiones, con una duración de 3 meses aproximadamente, y utilizó la expresión emocional dentro de su tratamiento, para que la paciente se animara a contar lo ocurrido y tuviera un desahogo emocional, por lo que esto se debe de dar en la evaluación inicial, y no en el tratamiento. Es muy importante, tener una entrevista, que tenga los suficientes elementos, para que la paciente se anime a contar lo ocurrido y pueda tener un desahogo emocional, en las sesiones de evaluación, y se pueda obtener la información necesaria y así hacer una evaluación correcta y conforme a esta evaluación, se realiza el tratamiento. Como fue en el presente tratamiento se utilizó una entrevista para víctimas de violencia conyugal, el inventario de ansiedad (IDARE), inventario de asertividad (Rathus) y la prueba proyectiva de la figura humana (Machover). Ya que el objetivo principal del terapeuta en un tratamiento, es que se cumplan cada uno de los objetivos, y ayudar a la paciente a salir de ese círculo violento y modificar sus cogniciones así como sus comportamientos negativos. Y no estancarse en un desahogo emocional, ya que no se avanza en las sesiones.

Matud (2004) aplicó un tratamiento de violencia familiar, en donde los principales objetivos del programa de intervención fueron aumentar la

seguridad de la mujer maltratada, 2) reducir o eliminar sus síntomas, 3) Aumentar su autoestima y seguridad en sí misma; 4) Aprender y/o mejorar los estilos de afrontamiento, de solución de problemas y de toma de decisiones. 5) Fomentar una comunicación y habilidades sociales adecuadas. 6) Modificar las creencias tradicionales acerca de los roles de género y las actitudes sexistas.

Aplicó las siguientes técnicas y estrategias

a) Estrategias para el control de la ansiedad (respiración profunda, relajación muscular progresiva; b) técnicas cognitivas para identificar y modificar los posibles pensamientos distorsionados, tales como reestructuración cognitiva; c) entrenamiento en habilidades sociales; d) inoculación de estrés, que utilizan en aquellas mujeres que presentan estrés postraumático; e) entrenamiento en solución de problemas.

Este tratamiento, tiene algunos puntos rescatables por ejemplo; uno de sus objetivos era modificar las creencias tradicionales acerca de los roles de género y las actitudes sexistas. Otro punto rescatable son sus técnicas, desde un enfoque cognitivo-conductual.

Sin embargo, en este tratamiento pareciera que solo se tomaron en cuenta, las técnicas cognitivo-conductual, ya que uno de sus principales objetivos, era modificar las creencias tradicionales acerca de los roles de género y las actitudes sexistas, y este quedo a un lado, ya que sólo se mencionan las técnicas.

Por lo que Mejia (2006) aplicó un tratamiento, en donde los principales objetivos del programa de intervención fueron 1) Facilitar a la mujer el proceso de rehabilitación emocional para la relación interpersonal; 2) Confrontar los vínculos de codependencia establecidos por las mujeres con sus parejas; 3) Promover el cuestionamiento de los estereotipos establecidos para ambos géneros y responsabilizar a la mujer de su propio cambio.

Este tratamiento, tiene muy buenos objetivos, en cuanto a la perspectiva de género, pero no hay como un entrenamiento en habilidades para que la paciente pueda afrontar la violencia.

Pensamos que la entrevista de este trabajo es muy completa para realizar una evaluación correcta, en cuanto al tratamiento esta explicado detalladamente que se realizó en cada una de las sesiones, tanto la evaluación inicial, como el tratamiento y evaluación final, tiene los suficientes elementos para que la terapia tenga éxito, y así poder ayudar a la paciente, además en este tratamiento, se trabajó con técnicas cognitivas-conductuales, con perspectiva de género, sería el primer trabajo, aquí en México realizado con estos instrumentos, estrategias y técnicas, ya que los diferentes tratamientos terapéuticos de víctimas de violencia conyugal, son realizados por españoles. Es evidente que las víctimas no pueden salir de la violencia por si solas, por lo que necesitan buscar ayuda psicológica en alguna institución dedicadas a este tipo de problemáticas.

Es importante atender estas problemáticas, ya que como psicólogos nos corresponden prevenir la violencia, modificar conductas violentas y atender a las víctimas. Además que le beneficiara a la sociedad, a la psicología y al sector político, para disminuir la violencia en México.

CONCLUSIONES

La violencia conyugal ha sido un tema de gran relevancia para nuestra sociedad y de gran preocupación. En algún momento nos hemos preguntado, porque las mujeres permiten tanta violencia, durante muchos años. A lo que la literatura y la presente investigación, responde que se debe a dependencia emocional, económica o miedo a su agresor. Además que las víctimas están inmersas, en el ciclo de la violencia es decir; existe una etapa de acumulación de tensión (explosión violenta) luna de miel (promesas, propósito de cambiar), negación, etapa de reconciliación y re-inicia la tensión (Barea, 2004). Esta violencia conyugal, se debe a un sistema patriarcal, en donde el hombre tiene el poder de mandar y se espera que la mujer obedezca. Estas ideas representaciones, conductas de machismo y sumisión, son aprendidas en el proceso de socialización en la niñez, por medio de la cultura y sociedad.

El ser mujer no quiere decir que sean menos inteligentes, débiles o inferiores, como lo ha creado la sociedad. Como señala Suárez (2010) que debido a la construcción social, que determina, comportamientos socioculturales estereotipados, así como valores, normas y creencias las mujeres se encuentran en una situación de desventaja, discriminación, y extremo peligro, resultado de una relación de poder que los hombres ejercen sobre las mujeres, atentando contra sus derechos y libertades fundamentales. Si bien es cierto que la mujer desde su nacimiento ha estado en desventaja, como menciona Lagarde (2005) que al nacer ya tiene la marca histórica de género en una situación de erotismo, ser madre y procrear, así como las relaciones de poder que la ponen en desventaja, por la opresión patriarcal. Al respecto Díaz (cit. en Hierro, 2003) señala que la condición femenina actual obedece a los factores culturales y los requerimientos de satisfacción erótica masculina, estos han sido los principales factores que han condicionado el sometimiento femenino a su misión de madres, esposas, y amantes, en las sociedades llamadas por ello, patriarcales. Esto se debe porque a lo femenino le dan una desvalorización y a lo masculino una valoración. Como señala Andrés (cit. en Ruiz, Quemada y Blanco, 2004) que el valor masculino por excelencia es el de la dominación que utiliza en el ámbito social, trabajo, escuela, sanidad, política, porque es el lugar del triunfo y el éxito, allí donde las relaciones son jerárquicas, son de dominio y

sumisión. Este modelo de relación social se incorpora en el adentro, es decir, en la forma de vincularse con los amigos, la esposa, los hijos y las hijas, y el lugar que incorpora el varón en cada relación es también el de dominio. Y es por ello, que desde los años 70, las feministas han realizado movimientos por la igualdad de género es decir, que la mujer tuviera las mismas oportunidades, de empleo, salario, opiniones y toma de decisiones que un hombre. Esta estructura antigua patriarcal, en donde el hombre lleva el mando y la mujer debe obedecer, tienen un gran impacto en el ser humano, ya que tanto el hombre como la mujer consideran que las Ideas, creencias, representaciones atributos, valores, reglas, actitudes, comportamientos, normas, conductas, intereses, habilidades aprendidas en su cultura deben de ser así. Que son determinantes, estáticas y no deben, ni pueden cambiar. Cuando se rompe con alguna de estas ideas, atributos, normas o valores, se presenta la violencia de género, por ejemplo la violencia conyugal, es por ello, que en el presente trabajo, se realizó una investigación para conocer las causas, por las cuales las víctimas, no logran salir de tal violencia. Y así aplicar un tratamiento, cognitivo-conductual con perspectiva de género, para que la paciente analizara críticamente los esquemas, sobre el deber ser de las mujeres y los hombres en la sociedad, y que adquiriera habilidades cognitivas, físicas y sociales que le permitieran enfrentar adecuadamente las consecuencias producidas por la violencia conyugal a través de la terapia.

La víctima presentaba dolores de cabeza, pérdida de sueño, tristeza, angustia, baja autoestima, culpa, enojo, cansancio, tensión física, miedo. No quería salir, ni ver a nadie, pero deseaba salir de esta violencia y no tenerle miedo a su cónyuge. Con base a los resultados que se obtuvieron en las evaluaciones, se realizó el análisis y la hipótesis funcional. Se diseñó el objetivo y tratamiento terapéutico, para posteriormente aplicarlo.

Se lograron los objetivos terapéuticos, la paciente logró disminuir su nivel de ansiedad, reestructurar sus ideas negativas, manifestar sus derechos y sentimientos, definir los problemas, como tomar la decisión adecuada, separarse de su cónyuge.

Después de un mes, se volvió a citar a la paciente, y efectivamente llevó a cabo la solución elegida, separarse de su esposo, busco ayuda legal, y ya estaba viviendo en Guanajuato con una de sus tías, y ya había encontrado trabajo.

El tratamiento en general tuvo éxito los instrumentos utilizados para la evaluación inicial y evaluación final, son de gran utilidad ya que se verifica los síntomas o comportamientos de la paciente. En este tipo de casos se tiene que hacer una evaluación minuciosa, porque son casos sumamente delicados, se deben de tener los instrumentos indicados para realizar el tratamiento adecuado para la paciente y poderla ayudar. Para dar de alta a la paciente se necesita hacer evaluaciones finales para verificar que ha tenido mejoría en las áreas evaluadas. Es necesario tener en cuenta la mejoría clínica, opinión del terapeuta y de la paciente. Se dió de alta a la paciente, tomando en cuenta su mejora clínica, reporte verbal de cada una de las sesiones, así como la opinión de la terapeuta y la paciente, registros de relajación, reestructuración-cognitiva, asertividad, solución de problemas, inventario de ansiedad (IDARE) e inventario de asertividad (Rathus).

Mientras la sociedad no cambie la idea, de que la mujer debe ser sumisa, incondicional, sensible, tolerante, comprensiva, sacrificada, buena madre y se le da un valor de inferioridad, mientras al hombre se le da un valor de superioridad y un papel antagónico que debe ser; fuerte, viril, competitivo, potente, exitoso, agresivo, frío un macho, se seguirá presentando la violencia de género. Para que no exista ningún tipo de violencia de género, se necesita actuar en la educación adentro y fuera de la casa, se necesita una educación de igualdad, en donde hombres y mujeres, tengan los mismos quehaceres, oportunidades de empleo, salario, opiniones y toma de decisiones, porque la única diferencia existente, entre hombres y mujeres es biológica.

Si bien es cierto que la educación comienza desde la casa, y quienes tienen el papel de educar son los padres, por lo que tendrían que educar a la niña o al niño sin ideas o comportamientos machistas y de sumisión. Mientras tanto en las primarias, secundarias, preparatorias y universidades, se tendrían que realizar talleres sobre la igualdad de género y concientizar a cada alumna y

alumno que tienen las mismas oportunidades, toma de decisiones y quehaceres. Estos talleres tendrían que ser obligatorios, es decir como una materia más, y estamos hablando que deben ser implementados desde la primaria. Sería un complemento de la educación de la casa y la escuela, disminuyendo la violencia en la sociedad.

Sin embargo, en la edad adulta, hay diferencias, disgusto, celos, por lo que en muchas ocasiones, estos no saben como enfrentar este tipo de situaciones y para no llegar a la violencia, sería necesario implementar en las instituciones como el, IMSS, ISSTE, centros de salud, centros de ayuda a la mujer, un programa específico, para la prevención de violencia de género. Para que se pueda disminuir o en el mejor de los casos eliminar la violencia de género en México.

Es importante que la sociedad tenga el conocimiento, de que la violencia de género se puede prevenir, y que no pase de generación en generación, porque esta violencia deja graves secuelas psicológicas, físicas y sexuales, sin embargo la atención psicológica, ayudara a tener una estabilidad emocional, y seguridad de sí misma. Por eso es importante atender estas problemáticas, ya que como psicólogos nos corresponde prevenir la violencia, modificar conductas violentas, y atender a las víctimas. Además que le beneficiara a la sociedad, a la psicología y al sector político, para disminuir la violencia de género. De este modo, esta investigación ha favorecido a este tipo de problemáticas, ya que podrá ser de apoyo para los terapeutas y así dar un mejor servicio a los usuarios.

REFERENCIAS

- Álvarez, J. (2005). *Manual de prevención de violencia intrafamiliar*. México: Trillas.
- Amata, M. (2004). *La pericia psicológica en violencia familiar*. Buenos aires. La roca.
- Ammer, C. (2000). *La salud de la mujer de la A a la Z*. Madrid. EDAF, S. L.
- Aresti, L. (2003). *La violencia impune: Una mirada sobre la violencia sexual contra la mujer. Violencia sexual, estrategias de apoyo y propuesta terapéutica*. México: Fondo cultura albergues de México I.A.P.
- Archivos del PIAV. (1988-2011). Programa interdisciplinario de atención a la violencia de género. CUSI; FES Iztacala, UNAM, México.
- Barea, C. (2004). *Manual para mujeres maltratadas que quieren dejar de serlo*. España .Océano Ambar.
- Beatres, G. (2009). *Congreso internacional Modelos de Prevención, Atención y sanción de la violencia contra las mujeres*. Ponencia. “La terapia de género sensitiva con víctimas y perpetradores de la violencia sexual: Un aporte latinoamericano”. Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, del 28 al 30 de septiembre 2009.

- Bellack y Small. (2004). *Psicoterapia breve y de emergencia*. México. Pax.
- Benenson, P. (2002). *Contra la tortura: Manual de la tortura*. España: Amnistía Internacional (EDAI).
- Caballo, V (1991). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. España: Siglo veintiuno.
- Caballo, V (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento en habilidades sociales*. España: Siglo XXI.
- Caballo, V (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos*. España: Siglo XXI.
- Castillo, M. (2002). *Malos tratos habituales a la mujer*. Colombia: J.M Bosch.
- Crooks, R. y Baur, K. (2000). *Nuestra Sexualidad*. México: Interational Thomson Editores.
- Costa, M. y Serrat, C. (1995). *Terapia de parejas*. Madrid: Alianza.
- Chillida, M., Gomáriz, N. y Soletto, M. (2007). *Modulo de sensibilización y formación continua en igualdad de oportunidades entre mujeres y*

hombres para personal de la Administración Pública. Madrid: Instituto de la mujer. Fundación mujeres.

Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B y Zubizarreta, I. "Tratamiento cognitivo Conductual del trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de maltrato doméstico: Un estudio piloto". Revista Análisis y modificación de conducta. 1996 (22), 628-654.

Espinar, E. (2004). *Violencia de género y procesos de empobrecimiento*. Universidad de Córdoba.

Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B , Zubizarreta, I y Sauca (1994). *Entrevista semiestructurada para víctimas de maltrato domestico*.

Ferrero, G. (2009). *Violencia familiar ¿Causa o consecuencia? Reconstrucción de los cuadros de violencia familiar desde la intervención profesional del trabajo social*. Buenos Aires. Espacio.

Gálvez, C. (2005). *Violencia de género. El terrorismo en casa*. Formación Alcalá.

García, C. (2000). *Violencia contra la mujer. Género y equidad en la salud*. Organización Panamericana de la Salud.

Gutiérrez, M. y Bustos, O. (2010). *Perspectivas socioculturales de la violencia sexual en México y otros países*. En Valladares, P. Epidemiología de la

violencia sexual: el caso del PIAV de la UNAM FES Iztacala. México: Página Seis. S. A. de C. V.

Gómez, P y Ramírez, A. (2005). XX I ¿Otro siglo violento? España: Díaz Santos.

Hierro, G. (2003). *Ética y feminismo*. En Díaz, S. Los factores culturales. Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Instituto Nacional de Desarrollo Social (INDESOL, 2003). *Asistente para la resolución de conflictos familiares*.

Kendall, P y Norton J. (1988). *Intervenciones con individuos: terapias conductuales, cognoscitivas y cognoscitivo-conductual*. Psicología clínica. Perspectivas científicas y profesionales. México: Limusa.

Labrador, F, Velasco, M y Rincón, P. “Eficacia de un programa de intervención individual y breve para el trastorno pos estrés posttraumático en mujeres víctimas de violencia”. Revista International Journal of Clinical and HealthPsychology. 2006 (6), 575-547.

Lagarde, M. (2005). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Lamas, M. (2002). *Cuerpo diferencia sexual y género*. México: Taurus.

Lega, L., Caballo, V y Ellis, A (2002). *Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotiva-Conductual*. España: Siglo veintiuno.

Mejía, G (2006). Estrategia de intervención terapéutica. En: *Violencia familiar e identidad femenina*. México IPN.

Molina, J. (2010). *Valoración integral y prevención de la violencia de género*. España. Cep.

Mora, H. (2008). *Manual de protección a las víctimas de violencia de género*. Editorial club universitario.

McDowell, L (2000). *Género, Identidad y Lugar. Un estudio de las geografías feministas*. Madrid: Anzos.

Papalia, D., Wendkos, S. y Duskin, R. (2005). *Desarrollo humano*: México. McGraw-Hill Interamericana.

Phares, E. y Trull, T. (2000). *Evaluación Conductual*. En: *Psicología Clínica. Conceptos, métodos y práctica*. México. Manual Moderno.

Portuondo, J (1997). *La figura humana. Test Proyectivo de Karen Machover*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Ramos, M. (2005). *Movimiento Manuela Ramos*. Perú. Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán.

Rathus, S.A. (1973). A 30-items Schedule for assessing behavior. *Behavior Therapy*, 4, 398-406.

Ruiz, C, Quemada, J y Blanco, P. (2004). *La violencia contra las mujeres. Prevención y detección. Cómo promover desde los Servicios Sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozas*. En Andrés, P. *Violencia contra las mujeres, violencia de género*. España: Díaz de Santos.

Santrock, J. (2004). *Psicología del desarrollo en la adolescencia*. Madrid: Ed 9a. Mc Graw Hill.

Shibley, J. y DeLamater, J. (2006). *Sexualidad humana*. México: Mc Graw Hill.

Spielberger, C (1975). *Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado*. México: El manual moderno.

Suárez, J. (2010). Presentación del estudio: *Reforma del sistema penal mexicano desde los derechos de las mujeres. Derecho al acceso a la justicia penal y el debido proceso desde la perspectiva de género*. Ponencia. "Construcción de un marco conceptual del derecho de acceso a la justicia para las mujeres con perspectiva de género y diagnóstico sobre su garantía en el marco de los códigos federales sustantivo y adjetivo en materia penal". CEAMEG. Ciudad de México, 9 de diciembre 2010.

Torres, M. (2001). *La violencia en casa*. México. Paidós.

Valladares, P (1993). *Estudio epidemiológico de la violencia*. Tesis de Maestría en modificación de la conducta. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Valladares, P. (2009). Políticas públicas para la erradicación de la violencia de género. *Mujeres y Sociedad en el México contemporáneo*. Tecnológico de Monterrey y Cámara de diputados. México.

Valladares, P (2011). *Manual de intervención en crisis*. En: *Técnicas y Procedimientos Psicoterapéuticos Cognitivo Conductuales*. Iztacala. México.

Valladares, P (1993) y Contreras, N. (2001). *Entrevista de violencia conyugal del programa interdisciplinario de atención a la violencia sexual y estudios de género*.

Valladares, P y Castillejo, A. (2011). Entrevista inicial sobre violencia conyugal/pareja.

Venegas, P., Pérez, J. y Bhattacharjea, S. (2006). *Manual para el uso no sexista de lenguaje*. México: SEDESOL.

REFERENCIAS EN LA RED

Artículo 259 Bis del código penal federal (2011). Instituto de investigaciones jurídicas. Disponible en: <http://www.info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/8/317.htm?s=>
[Consultado el 1 de Mayo 2011].

Encuesta Nacional sobre Dinámica de las relaciones en los Hogares (2003).
Disponible en: http://www.cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100492.pdf
[Consultado el 9 de octubre 2011].

Encuesta Nacional sobre Dinámica de las Relaciones en los Hogares (2006).
Disponible en: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/encuestas_hogares/ENDREH06_marco_concep [Consultado el 20 de octubre 2011].

Instituto de las mujeres de la ciudad de México (INMUJERES). Disponible en:
<http://www.inmujeres.df.gob.mx> [Consultado el 22 de Mayo 2011].

Lamas, M (2009). La perspectiva de género. Revista de educación y cultura.
Disponible en: http://www.egeneros.org.mx/archivos/la_perspectiva_de_g%C3%A9nero.pdf
[Consultado el 8 de febrero 2011].

Ley general de Acceso de las mujeres a una Vida libre de Violencia (2007).
Disponible en: <http://www.gobernacion.gob.mx/ley-general-acceso-mujeres-vida-libre-violencia.pdf> [Consultado el 5 de Marzo 2011].

Matud, Pilar (2004). Intervención psicológica con mujeres maltratadas por su pareja. Disponible en: <http://www.violenciadegenero-ull.com/intervencion.pdf>
[consultado el 15 de Enero 2011].

Modelo integrado para la prevención y atención de la violencia familiar y sexual. Manual Operativo (2009). Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/uniddaes/cdi/documentos/> [Consultado el 15 de Marzo 2011].

Norma oficial Mexicana (NOM-046-SSA2-2005). Disponible en Disponible en: <http://www.salud.edomex.gob.mx/htm/Medica/VIOLENCIA%20FAMILIAR,%SEXUAL%20Y%20CONTRA%20LAS%MUJERES.> [Consultado el 15 de enero 2011].

ONU (Organización de Naciones Unidas, 1994). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres (Res. AG/48/104). Nueva York: Naciones Unidas. Disponible en: <http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf>. [Consultado el 20 de Abril 2011].

ANEXOS

ANEXO 1

PROGRAMA INTERDISCIPLINARIO DE ATENCION A PERSONAS A LA VIOLENCIA SEXUAL Y ESTUDIOS DE GÉNERO

P. I. A. V.

ENTREVISTA INICIAL SOBRE VIOLENCIA CONYUGAL/PAREJA (Valladares y Castillejo, 2011)



Fecha: _____

I- datos demográficos

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono particular _____ Teléfono para localizar _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento _____

Lugar de nacimiento _____ Ocupación _____

Creencia religiosa _____ horario laboral _____

Estado civil (soltera) (casada por bienes mancomunados, separados) (separada) (divorciada) (en trámites de separación)

No. de hijos: _____ Escolaridad (último grado) _____ Profesión: _____

Empleo actual: _____

I.I. datos del maltratador

¿Es su pareja actual? Si No

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono particular: _____ Teléfono para localizar: _____

Edad: _____ fecha de nacimiento _____

Lugar de nacimiento: _____ Ocupación: _____

Creencia religiosa: _____ Horario laboral: _____

Estado civil (soltero) (casado por bienes mancomunados, separados) (separado) (divorciada) (en trámites de separación)

Escolaridad (último grado) _____ Profesión: _____ Empleo actual: _____

I.II. Datos de la pareja actual

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono particular: _____ Teléfono para localizar: _____

Edad: _____ fecha de nacimiento _____

Lugar de nacimiento: _____ Ocupación: _____

Creencia religiosa: _____ Horario laboral: _____

Estado civil (soltero) (casado por bienes mancomunados separados) (separado) (divorciado) (en trámites de separación)

Escolaridad (último grado) _____ Profesión: _____ Empleo actual: _____

Con quién vive (Padres) (abuelos) (tíos) (otros)

I.III. Con quienes vive

| Parentesco | Nombre | Edad | Escolaridad | Ocupación |
|------------|--------|-------|-------------|-----------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

Es miembro de alguna organización social (club, iglesia, asociación) _____

I.IV. Datos físicos de la usuaria

Estatura _____ Peso _____ Complexión _____

Uso de lentes _____ Desde cuando _____

Señas particulares _____

Incapacidad física (especificar) _____

Retardo en el desarrollo (especificar) _____

Aspecto físico _____

Aseo y aliño _____

I.V. Impresión clínica: _____

I.VI. Datos económicos

¿Quiénes contribuyen al ingreso familiar? (gasto) _____

Ingreso familiar en salarios mínimos (aprox.) _____

I.VII. Reemisión

¿Quien le trajo aquí? (nombre): _____ Parentesco _____

¿Cómo se entero del servicio del piav? _____

¿Con quién de la familia se cuenta para avisar o solicitar apoyo? _____

Dirección _____ Teléfono: _____

II. Motivo de consulta: (explíqueme con un ejemplo)

II.I. Violencia física ¿ejemplo del último incidente?

¿Qué piensas? _____

¿Qué sientes? _____

¿Qué haces? _____

¿Frecuencia? (diario, 1 vez por semana, cada 15 días, 1 vez por mes)

¿Duración? (½ h, 1h, 2 hrs)

¿Intensidad? (del 1 al 10)

II.II. Violencia psicológica ¿ejemplo del último incidente?

¿Qué piensas? _____

¿Qué sientes? _____

¿Qué haces? _____

¿Frecuencia? (diario, 1 vez por semana, cada 15 días, 1 vez por mes)

¿Duración? (½ h, 1h, 2 hrs)

¿Intensidad? (del 1 al 10)

II.III Violencia sexual (ejemplo del último incidente)

¿Qué piensas? _____

¿Qué sientes? _____

¿Qué haces? _____

¿Frecuencia? (diario, 1 vez por semana, cada 15 días, 1 vez por mes)

¿Duración? (½ h, 1h, 2 hrs)

¿Intensidad? (del 1 al 10)

II.IV. Violencia económica (ejemplo del último incidente)

¿Qué piensas? _____

¿Qué sientes? _____

¿Qué haces? _____

¿Frecuencia? (diario, 1 vez por semana, cada 15 días, 1 vez por mes)

¿Duración? (½ h, 1h, 2 hrs)

¿Intensidad? (del 1 al 10)

II.V. Violencia hacia los hijos (ejemplo del último incidente)

¿Qué piensas? _____

¿Qué sientes? _____

¿Qué haces? _____

¿Frecuencia? (diario, 1 vez por semana, cada 15 días, 1 vez por mes)

¿Duración? (½ h, 1h, 2 hrs)

¿Intensidad? (del 1 al 10)

III. ¿Ha tenido experiencias de maltrato en su familia de origen?

III .I. ¿Ha sufrido de maltrato con parejas anteriores?

III .II. Historia del maltrato actual

¿Desde cuándo? (noviazgo, embarazo)

III.III. Uso de armas:

Arma blanca

Arma de fuego

Objeto contundente

Lanzamiento de objetos

Otros

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

Si ¿cuándo? _____ No

IV. Aspecto legal

DENUNCIA

Nº de denuncias

Por iniciativa de

Nº de denuncias retiradas _____

Nº de denuncias en curso _____

Salidas del hogar _____

Nº de veces _____

Lugares donde han acudido _____

Tiempo de estancia _____

IV.I. Aspecto médico

Asistencia médica por lesiones:

Nº de veces _____

Tipo de asistencia _____

Lesiones Si ¿de qué tipo? No

IV.II. Condiciones de salud

¿Tiene problemas de salud importantes?

| | | | | | |
|--------------------------------|----|----|-------|-----------|--------|
| -Infecciones genitourinarias: | no | si | leves | moderadas | graves |
| -Dolor de cabeza u otra parte: | no | si | leves | moderadas | graves |
| -Alergias: | no | si | leves | moderadas | graves |
| -Tics: | no | si | leves | moderadas | graves |
| -Dolores aparato genital | no | si | leves | moderadas | graves |
| -Trastornos intestinales: | no | si | leves | moderadas | graves |
| -Pérdida de peso: | no | si | leves | moderadas | graves |
| -Aumento de peso: | no | si | leves | moderadas | graves |
| -Cansancio: | no | si | leves | moderadas | graves |
| -Tensión física: | no | si | leves | moderadas | graves |
| -Cicatrices: | no | si | leves | moderadas | graves |

-¿ha tenido o tiene problemas de abuso de drogas o alcohol? Si ¿de qué tipo? No

IV.III. Intentos anteriores de suicidio

¿Ha tenido algún intento o pensamientos persistentes de suicidio?

Si ¿cuál? _____ No

No. de veces de intento de suicidio _____

¿Medios para hacerlo?

¿Cuál fue su plan suicida?

IV.IV. Aspecto psicológico

¿Ha recibido algún tratamiento psicológico anteriormente debido al maltrato de su pareja?

Si ¿de qué tipo? _____ No

¿Qué resultados obtuvo? _____

¿Ha tenido algún tipo de trastorno psicológico antes del maltrato?

Si ¿de qué tipo? _____ No

¿Ha habido en su familia algún tipo de trastorno psicológico?

Si ¿de qué tipo? _____ No

IV.V. Aspecto sexual

-Cambios en la relación sexual

¿Actualmente mantiene relaciones sexuales? Si ¿Con quién? _____

No ¿por qué? _____

¿Siente satisfacción por la relación sexual? Nada (0) Poco (1) Bastante (2) Mucho (3)

¿Siente dolor al tener relaciones sexuales? Nada (0) Poco (1) Bastante (2) Mucho (3)

¿Siente vergüenza al tener relaciones sexuales? Nada (0) Poco (1) Bastante (2) Mucho (3)

¿Siente asco al tener relaciones sexuales? Nada (0) Poco (1) Bastante (2) Mucho (3)

¿Siente miedo al tener relaciones sexuales? Nada (0) Poco (1) Bastante (2) Mucho (3)

¿Siente interés al tener relaciones sexuales? Nada (0) Poco (1) Bastante (2) Mucho (3)

IV.VI. Aspecto económico y seguridad social

-¿Cuenta con algún tipo de seguridad medica? (ISSTE) (IMSS) (SEGURO POPULAR) (OTRO)

Si ¿por quién? No

¿Cómo considera su economía para enfrentar el maltrato?

IV.VII. Aspecto laborales

¿Tiene perdida de trabajo? Si ¿por qué? No

¿Tiene cambio de horario? Si ¿por qué? No

¿Tiene necesidad de faltar? Si ¿por qué? No

¿Se siente incapaz de realizar las labores de su trabajo? Si ¿por qué? No

¿Tiene aumento de trabajo? Si ¿por qué? No

¿Tiene problemas con compañeros? Si ¿por qué? No

¿Tiene problemas con jefes? Si ¿por qué? No

V. Consecuencias emocionales, cognitivas, físicas, y conductuales (De acuerdo a la siguiente escala de 0 a 3 menciona la frecuencia que considere para cada uno de estos síntomas)

Enojo

0) nunca 1) ocasionalmente (una vez por semana o menos) 2) frecuentemente (de dos a cuatro veces por semana) 3) muy frecuentemente (cinco o más veces por semana)

Asco

0) nunca 1) ocasionalmente (una vez por semana o menos) 2) frecuentemente (de dos a cuatro veces por semana) 3) muy frecuentemente (cinco o más veces por semana)

Pesadillas

0) nunca 1) ocasionalmente (una vez por semana o menos) 2) frecuentemente (de dos a cuatro veces por semana) 3) muy frecuentemente (cinco o más veces por semana)

Culpa

0) nunca 1) ocasionalmente (una vez por semana o menos) 2) frecuentemente (de dos a cuatro veces por semana) 3) muy frecuentemente (cinco o más veces por semana)

Vergüenza

0) nunca 1) ocasionalmente (una vez por semana o menos) 2) frecuentemente (de dos a cuatro veces por semana) 3) muy frecuentemente (cinco o más veces por semana)

Inseguridad

0) nunca 1) ocasionalmente (una vez por semana o menos) 2) frecuentemente (de dos a cuatro veces por semana) 3) muy frecuentemente (cinco o más veces por semana)

Baja autoestima

0) nunca 1) ocasionalmente (una vez por semana o menos) 2) frecuentemente (de dos a cuatro veces por semana) 3) muy frecuentemente (cinco o más veces por semana)

Frustración

0) nunca 1) ocasionalmente (una vez por semana o menos) 2) frecuentemente (de dos a cuatro veces por semana) 3) muy frecuentemente (cinco o más veces por semana)

Impotencia

0) nunca 1) ocasionalmente (una vez por semana o menos) 2) frecuentemente (de dos a cuatro veces por semana) 3) muy frecuentemente (cinco o más veces por semana)

Autoconcepto negativo

0) nunca 1) ocasionalmente (una vez por semana o menos) 2) frecuentemente (de dos a cuatro veces por semana) 3) muy frecuentemente (cinco o más veces por semana)

Pánico

0) nunca 1) ocasionalmente (una vez por semana o menos) 2) frecuentemente (de dos a cuatro veces por semana) 3) muy frecuentemente (cinco o más veces por semana)

Autodestrucción

0) nunca 1) ocasionalmente (una vez por semana o menos) 2) frecuentemente (de dos a cuatro veces por semana) 3) muy frecuentemente (cinco o más veces por semana)

Deseos de morir

0) nunca 1) ocasionalmente (una vez por semana o menos) 2) frecuentemente (de dos a cuatro veces por semana) 3) muy frecuentemente (cinco o más veces por semana)

Desamparo

0) nunca 1) ocasionalmente (una vez por semana o menos) 2) frecuentemente (de dos a cuatro veces por semana) 3) muy frecuentemente (cinco o más veces por semana)

Hostilidad hacia hombres:

0) nunca 1) ocasionalmente (una vez por semana o menos) 2) frecuentemente (de dos a cuatro veces por semana) 3) muy frecuentemente (cinco o más veces por semana)

Sentimiento de venganza

0) nunca 1) ocasionalmente (una vez por semana o menos) 2) frecuentemente (de dos a cuatro veces por semana) 3) muy frecuentemente (cinco o más veces por semana)

Sentimiento de enojo u odio

0) nunca 1) ocasionalmente (una vez por semana o menos) 2) frecuentemente (de dos a cuatro veces por semana) 3) muy frecuentemente (cinco o más veces por semana)

Desconfianza hacia los hombres

0) nunca 1) ocasionalmente (una vez por semana o menos) 2) frecuentemente (de dos a cuatro veces por semana) 3) muy frecuentemente (cinco o más veces por semana)

Preocupación por opinión de otros

0) nunca 1) ocasionalmente (una vez por semana o menos) 2) frecuentemente (de dos a cuatro veces por semana) 3) muy frecuentemente (cinco o más veces por semana)

Expectativas negativas

0) nunca 1) ocasionalmente (una vez por semana o menos) 2) frecuentemente (de dos a cuatro veces por semana) 3) muy frecuentemente (cinco o más veces por semana)

Tristeza

0) nunca 1) ocasionalmente (una vez por semana o menos) 2) frecuentemente (de dos a cuatro veces por semana) 3) muy frecuentemente (cinco o más veces por semana)

Rebeldía

0) nunca 1) ocasionalmente (una vez por semana o menos) 2) frecuentemente (de dos a cuatro veces por semana) 3) muy frecuentemente (cinco o más veces por semana)

Aislamiento

0) nunca 1) ocasionalmente (una vez por semana o menos) 2) frecuentemente (de dos a cuatro veces por semana) 3) muy frecuentemente (cinco o más veces por semana)

Agresión

0) nunca 1) ocasionalmente (una vez por semana o menos) 2) frecuentemente (de dos a cuatro veces por semana) 3) muy frecuentemente (cinco o más veces por semana)

Explosiones repentinas de enojo

0) nunca 1) ocasionalmente (una vez por semana o menos) 2) frecuentemente (de dos a cuatro veces por semana) 3) muy frecuentemente (cinco o más veces por semana)

Sobregeneralización

0) nunca 1) ocasionalmente (una vez por semana o menos) 2) frecuentemente (de dos a cuatro veces por semana) 3) muy frecuentemente (cinco o más veces por semana)

Catastrofizar

0) nunca 1) ocasionalmente (una vez por semana o menos) 2) frecuentemente (de dos a cuatro veces por semana) 3) muy frecuentemente (cinco o más veces por semana)

Miedo a estar sola

0) nunca 1) ocasionalmente (una vez por semana o menos) 2) frecuentemente (de dos a cuatro veces por semana) 3) muy frecuentemente (cinco o más veces por semana)

VI. Aspectos conductuales:

Cambios en lo siguiente:

| | |
|--|--|
| Hábitos de aseo | Nada (0) Poco (1) Bastante (2) Mucho (3) |
| Hábitos de sueño | Nada (0) Poco (1) Bastante (2) Mucho (3) |
| Hábitos de alimentación | Nada (0) Poco (1) Bastante (2) Mucho (3) |
| Consumo de tabaco | Nada (0) Poco (1) Bastante (2) Mucho (3) |
| Consumo de alcohol | Nada (0) Poco (1) Bastante (2) Mucho (3) |
| Consumo de drogas | Nada (0) Poco (1) Bastante (2) Mucho (3) |
| Abuso de medicamentos | Nada (0) Poco (1) Bastante (2) Mucho (3) |
| Dependencia de t. v, o radio | Nada (0) Poco (1) Bastante (2) Mucho (3) |
| Dependencia hacia alguien | Nada (0) Poco (1) Bastante (2) Mucho (3) |
| Cambio de número telefónico | Nada (0) Poco (1) Bastante (2) Mucho (3) |
| Aumento de trabajo | Nada (0) Poco (1) Bastante (2) Mucho (3) |
| Actividades de esparcimiento | Nada (0) Poco (1) Bastante (2) Mucho (3) |
| Cambio de domicilio: Si No | |

Otra _____

VII. habilidades para salir del problema

VII.I. ¿Ha realizado intentos anteriores para solucionar su situación?

Si
¿cuáles? _____ No

¿Qué resultados obtuvo?

Buenos Muy buenos Malos Muy Malos Otros

VII.II. Redes de apoyo

¿Con quién cuenta para ayudarla a superar su situación?

(Padres) (Hermanos) (Primas) (Tías) (Amigos) (Iglesia) (Centro de atención) (Otros)

VIII. Necesidades inmediatas

(Salir de su casa) (Buscar un refugio) (Asesoría legal en algunas de estas redes de apoyo) (Ayuda psicológica y médica) (Otros)

X. Metas

¿Cuáles son sus metas para sí misma? (psicológica y de salud)

Corto plazo (días) _____

Mediano plazo (seis meses) _____

Largo plazo (un año, dos años) _____

X.I. ¿Cuáles son sus metas en el área familiar?

Corto plazo (días) _____

Mediano plazo (seis meses) _____

Largo plazo (un año, dos años) _____

X.II. ¿Cuáles son sus metas en el área social?

Corto plazo (días) _____

Mediano plazo (seis meses) _____

Largo plazo (un año, dos años) _____

X.III. ¿Cuáles son sus metas en el área sentimental?

Corto plazo (días) _____

Mediano plazo (seis meses) _____

Largo plazo (un año, dos años) _____

X.IV. ¿Cuáles son sus metas en el área de trabajo ?

Corto plazo (días) _____

Mediano plazo (seis meses) _____

Largo plazo (un año, dos años) _____

XI. Tareas para la próxima sesión

XII. Seguimiento (Evaluación, Inventario de Ansiedad (IDARE), Asertividad y Prueba de la Figura humana)

ANEXO 2

INVENTARIO IDARE

Nombre _____ Fecha _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente ahora mismo, o sea, en este momento. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

1. No en lo absoluto 2. Un poco 3. Bastante 4. Mucho

1. Me siento calmado.....1 2 3 4
2. Me siento seguro.....1 2 3 4
3. Estoy tenso.....1 2 3 4
4. Estoy contrariado.....1 2 3 4
5. Estoy a gusto.....1 2 3 4
6. Me siento alterado.....1 2 3 4
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo.....1 2 3 4
8. Me siento descansado.....1 2 3 4
9. Me siento ansioso.....1 2 3 4
10. Me siento cómodo.....1 2 3 4
11. Me siento con confianza en mi mismo.....1 2 3 4
12. Me siento nervioso.....1 2 3 4
13. Me siento agitado.....1 2 3 4
14. Me siento "a punto de explotar".....1 2 3 4
15. Me siento reposado.....1 2 3 4
16. Me siento satisfecho.....1 2 3 4
17. Estoy preocupado.....1 2 3 4
18. Me siento muy excitado y aturdido.....1 2 3 4
19. Me siento alegre.....1 2 3 4
20. Me siento bien.....1 2 3 4

INVENTARIO IDARE

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa como se siente *generalmente*.

1. Casi Nunca 2. Algunas veces 3. Frecuentemente 4. Casi siempre

21. Me siento bien.....1 2 3 4
22. Me canso rápidamente.....1 2 3 4
23. Siento ganas de llorar.....1 2 3 4
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo.....1 2 3 4
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente.....1 2 3 4
26. Me siento descansado.....1 2 3 4
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"..... 1 2 3 4
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder su-
perarlas.....1 2 3 4
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.....1 2 3 4
30. Soy feliz.....1 2 3 4
31. Tomo las cosas muy a pecho.....1 2 3 4
32. Me falta confianza en mí mismo.....1 2 3 4
33. Me siento seguro.....1 2 3 4
34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades.....1 2 3 4
35. Me siento melancólico.....1 2 3 4
36. Me siento satisfecho.....1 2 3 4
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan.....1 2 3 4
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la
Cabeza.....1 2 3 4
39. Soy una persona estable.....1 2 3 4
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso..1 2 3 4
y alterado

ANEXO 3

INVENTARIO DE ASERTIVIDAD DE RATHUS

Instrucciones: Indique con una "X" en qué medida son descriptivas o características de su comportamiento las siguientes afirmaciones, según la clave:

+3 Muy característica, extremadamente descriptiva

+2 Bastante característica, bastante descriptiva

+1 Algo característica, poco descriptiva

-1 No muy característica, muy poco descriptiva

-2 Bastante no característica, realmente bastante poco descriptiva

-3 Definitivamente no característica, nada descriptiva.

___ 1.La mayoría de las personas son más agresivas y asertivas que yo.*

___ 2.Yo dudo a veces en aceptar una cita debido a <<timidez>>*

___ 3.Cuando la comida que he pedido en un restaurante, no es satisfactoria, yo me quejo al camarero.

___ 4.Yo tengo cuidado de no herir los sentimientos de las otras personas, aún cuando me sienta herido.*

___ 5.Si un vendedor ha pasado trabajo mostrándome una mercancía que no me gusta, encuentro dificultad en decirle que <<no>> *

___ 6.Cuando me piden que haga algo, insisto en saber el <<por qué>>.

___ 7.Hay momentos en los cuales deseo una discusión interesante y vigorizante.

___ 8.Yo trato de salir adelante, tanto como otras personas en mi posición.

___ 9.En realidad las personas a veces se aprovechan de mí.*

___ 10.Me gusta empezar conversaciones con nuevas amistades o extraños.

___ 11.A veces no sé qué decirle a una persona atractiva del sexo opuesto.*

___12. Dudo en hacer llamadas telefónicas a establecimientos e instituciones públicos.*

___13. Prefiero solicitar admisión para un trabajo o una universidad por carta, y no por medio de entrevistas personales.*

___14. Me avergüenza devolver un artículo comprado.*

___15. Si un familiar cercano me estuviese molestando, preferiría quedarme callado y no expresar mi molestia.*

___16. Trato de evitar hacer preguntas para no aparecer como un estúpido (a).*

___17. Durante una discusión a veces tengo miedo de ponerme tan bravo que tiemblo.*

___18. Si un respetado y famoso conferencista dice algo que yo creo incorrecto, yo deseo que el público también escuche mi punto de vista.

___19. Evito discutir los precios con los vendedores.*

___20. Cuando he hecho algo importante, que vale la pena, intento que otros lo sepan.

___21. Soy abierto y sincero en lo que respecta a mis sentimientos.

___22. Si alguien habla mal de mí o circula historias falsas, trato de <<hablar>> con esa persona tan pronto como sea posible.

___23. A menudo me es difícil decir <<No>>.*

___24. Trato de contener mis emociones para no hacer una escena desagradable.*

___25. Me quejo del servicio deficiente en un restaurante o en cualquier otro lugar.

___26. Cuando me hacen un cumplido, a veces no sé que decir.*

___27.Si una pareja cercana de mí en un teatro o conferencia está hablando fuerte, les digo que se callen o que se vayan a hablar a otro lado.

___28.Cualquiera que trate de colocarse delante de mí en una fila, tendrá que rendirme cuentas.

___29.Expreso mi opinión rápidamente.

___30.Hay momentos en los que no puedo decir nada.*

ANEXO 4

Tabla 9. Análisis funcional referente al modelo secuencial integrativo

| Antecedentes | Organismo | Respuesta C. I | Consecuencia |
|---------------------|------------------|---------------------------|---------------------|
| | | | |

ANEXO 5

REGISTRO DE RELAJACIÓN (0 COMPLETAMENTE RELAJADA-10MÁXIMA TENSION Caballo, 1997)

Nombre: _____

Fecha: _____

| Intensidad (0-10) | Descíbeme las áreas de Tensión / Relajación | |
|----------------------|---|------------|
| | Tensión | Relajación |
| | | |

ANEXO 6

Registro de ideas irracionales

Nombre _____ Fecha _____

| | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado | Domingo |
|--------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|---------|
| Mañana | | | | | | | |
| Tarde | | | | | | | |
| Noche | | | | | | | |

Total de ideas irracionales _____

ANEXO 7

Registro de ideas irracionales y paro de pensamientos

Nombre _____

Fecha _____

| | Situación | Pensamiento | Sentimiento | Paro de pensamientos | Pensamiento alternativo |
|--------|-----------|-------------|-------------|----------------------|-------------------------|
| Mañana | | | | | |
| Tarde | | | | | |
| Noche | | | | | |

ANEXO 8

Evaluación de entrenamiento en componentes conductuales (Caballo, 1993)

| | |
|--|--|
| Nombre: _____ Fecha _____ OBJETIVO _____ Evaluación 1. Muy pobre 2. Pobre 3. Regular 4. Bueno 5. Muy bueno | |
| Componentes no verbales | COMPONENTES CONDUCTUALES Ensayos |
| Mirada | |
| Expresión facial | |
| Gestos | |
| Postura | |
| Orientación | |
| Distancia/contacto físico | |
| Componentes paralingüísticos | |
| Volumen | |
| Entonación | |
| Fluidez | |
| Tiempo de habla | |
| Contenido | |
| Apropiado a la situación | |
| Reforzante | |

ANEXO 9

REGISTRO DE ENTRENAMIENTO ASERTIVO

| Nombre de la paciente _____ | | | |
|-----------------------------|----------|--|----------------------|
| Fecha _____ | | | |
| Situación | Qué paso | ¿Cómo se sintió? Bien, Incomoda o Mal | Puntuación (1-10) |
| | | | |

ANEXO 10

ESCALA DE EVALUACIÓN DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

(Costa y Serrat)

Nombre: _____

Fecha: _____

| | |
|--|--|
| Definición del problema | |
| a) Especifica o define el problema | |
| b) Describe el problema en términos lo más concreto posible | |
| c) Contempla los diferentes aspectos del problema | |
| d) Los analiza | |
| e) Se desvía del problema | |
| f) Cree saber lo que otra persona piensa | |

| | |
|---|--|
| Análisis de solución del problema | |
| a) Da alternativas de solución | |
| b) Discute posibles acuerdos | |
| c) Pone condiciones | |
| d) Aclara y define los resultados | |
| e) Analiza las consecuencias a corto y mediano plazo | |
| f) Analiza las consecuencias a median plazo | |
| g) Analiza las consecuencias a largo plazo | |

Puntuación: 1-10 _____