



UNIVERSIDAD DEL AZUAY
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**VIOLENCIA INTRAFAMILIAR: PROPUESTA DE UN MODELO DE
ATENCIÓN EN CRISIS EN MUJERES ATENDIDAS EN LA "CASA DE
ACOGIDA MARÍA AMOR"**

(Estudio realizado en Cuenca en el periodo Octubre 2006 - Septiembre 2007)

**Tesis previa a la obtención del
Título de Psicóloga Clínica**

AUTORA: GABRIELA ACURIO TORRES

DIRECTOR DE TESIS: DR. JUAN AGUILERA MUÑOZ

CUENCA - ECUADOR

2007

AGRADECIMIENTO:

Expreso mi agradecimiento a mis padres quienes me brindaron todo su apoyo en el transcurso de esta tesis, ya que sin su acompañamiento incondicional habría sido imposible la terminación de este trabajo, así también le doy las gracias infinitas a mi esposo quien me dio ánimo de seguir caminando cuando pensaba que todo estaba perdido.

También quiero hacer extensivo mi más sincero agradecimiento y el deseo de prosperidad para la casa de acogida "María Amor", a todo su personal y con especial gratitud a la Ing. Marlene Villavicencio quien supo dirigirme adecuadamente para poder expresar una problemática real sin olvidarme ningún detalle.

Mil gracias a todas esas mujeres que me brindaron respaldo y confianza junto con sus historias íntimas, por enseñarme una lección de coraje, valentía y entrega, y más aun por haberme permitido verlas crecer como persona.

Finalmente y de manera muy especial quiero darle las gracias al Dr. Juan Aguilera Muñoz quien con paciencia y dedicación estuvo presto para oír mis interrogantes y contestarlas con la mayor entrega, quien aportó con su valioso conocimiento para la culminación de esta investigación.

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado a David mi padre y amigo, por su apoyo e inagotable paciencia, por haber confiado en mí incondicionalmente y haberme brindado el consuelo y las más valiosas enseñanzas en los más difíciles momentos de mi carrera.

A mi esposo Ricardo quien se convirtió en mi compañero de lucha y me enseñó a caminar a pesar de estar cansada, quien me dedico miles de horas para escucharme cuando me sentía triste por los problemas que tenían las mujeres, quien me enseñó, que vivir en pareja, va más allá de la simple convivencia.

A mi madre quién a pesar de la distancia, estuvo siempre presente para levantarme cuando me caía y empujarme cuando ya no quería caminar más.

Gabriela.

INDICE GENERAL:

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I

VISIÓN INTEGRAL DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Perfilando las expresiones y formas de la Violencia doméstica contra la mujer

| | |
|---|-----------|
| Violencia intrafamiliar | 17 |
| La violencia psicológica | 18 |
| La violencia física | 19 |
| Definición de violencia sexual | 19 |
| Definición de violencia patriarcal | 19 |
| Definición de negligencia | 20 |
| Definición de la violencia de género | 20 |
| La violencia visto como una problemática integral | 20 |
| Como se ve afectada la psiquis de la mujer | 22 |
| Como funciona el círculo de la violencia | 25 |
| Cuando se presenta la crisis en la vida íntima | 26 |
| Causas de la violencia intrafamiliar | 26 |
| Epidemiología de un problema de salud pública | 29 |
| Magnitudes del Problema. | 30 |
| Antecedentes históricos de la violencia en América Latina | 33 |
| Según el ISIS internacional | 34 |
| Según datos de OPS | 34 |
| <i>Datos estadísticos</i> | 35 |
| Porcentaje de mujeres que refieren haber sido | |

| | |
|---|-----------|
| Victimas de violencia | 35 |
| Porcentaje de denuncias por sexo, edad, estado civil | 37 |
| Porcentaje por sexo | 37 |
| Porcentaje por edad, estado civil, tipo de Violencia y frecuencia | 38 |
| Servicios existentes para atención | 39 |
| Datos estadísticos recolectados del informe final de la encuesta demográfica y de salud materno infantil (Azuay) | 41 |
| Ruta Crítica de la violencia intrafamiliar | 45 |
| Enfoque legal sobre la violencia | 48 |

CAPITULO II

CONCEPCIONES TEÓRICAS SOBRE INTERVENCIÓN EN CRISIS

| | |
|---|-----------|
| Concepto de crisis | 50 |
| Fases en el proceso de crisis | 55 |
| Características de quienes sufren una crisis | 61 |
| Resultados que se esperan en un intervención en crisis | 70 |
| Recursos terapéuticos para el abordaje en crisis. | 72 |
| Tipos de prevención de psicológica | 75 |

CAPITULO III

REVISIÓN Y ANÁLISIS DE OTROS MODELOS ATENCIÓN

| | |
|---|-----------|
| Exposición de metodologías de atención de la V.I.F. utilizadas | 79 |
| • Organización panamericana de la salud, programa mujer, salud y desarrollo modelo integral de atención a la violencia intrafamiliar | 79 |

| | |
|--|----|
| Aspectos conceptuales y metodológicos para la construcción de respuestas sociales a la violencia intrafamiliar | 79 |
| Lo conceptual | 81 |
| Lo metodológico | 82 |
| Representaciones sociales, violencia hacia la mujer y el orden de género | 84 |
| Conductas individuales y relaciones de poder entre los sexos | 84 |
| La salud y la violencia intrafamiliar hacia la mujer en la familia | 85 |
| Características individuales y violencia intrafamiliar. | 86 |
| Las condiciones del hábitat y la violencia | 87 |
| Relaciones económicas y violencia intrafamiliar | 87 |
| Respuestas sociales y violencia intrafamiliar | 88 |
| Definición de atención integral a la VIF | 89 |
| Acciones para la atención integral en la violencia intrafamiliar | 89 |
| El nivel macro y el rol del Estado | 89 |
| El nivel meso y el rol del sector salud | 90 |
| El desarrollo del modelo y las áreas de salud | 92 |
| Pautas para el desarrollo del modelo a nivel de las unidades o espacios de salud institucional | 93 |
| Algunos elementos a tomar en cuenta para la planificación en la unidad de salud | 94 |
| • Red interinstitucional de atención y prevención de la violencia intrafamiliar | |
| Modelo de atención integral a la violencia intrafamiliar en cuenca | 96 |
| Introducción | 96 |
| Metodología | 97 |
| La violencia intrafamiliar dentro de un modelo sistémico | 98 |
| MACROSISTEMA | 99 |

| | |
|---|-----------|
| La violencia intrafamiliar desde un análisis de género | 99 |
| Conceptos normativos | 99 |
| La familia como institución y organización | 100 |
| La identidad subjetiva. | 100 |
| El género como forma primaria de relaciones de poder | 101 |
| Lo publico / privado | 102 |
| No lo que hacen sino lo que significa | 102 |
| EXOSISTEMA | 102 |
| Educación | 102 |
| La Iglesia | 103 |
| Medios de comunicación | 103 |
| La violencia como problema de salud pública | 104 |
| Sistema Legal | 104 |
| El sistema legal ecuatoriano a favor de la VIF | 105 |
| MICROSISTEMA | 106 |
| La familia | 106 |
| El individuo | 107 |
| • Revista de la sociedad de medicina interna de buenos aires | Violencia |
| Domestica: Modelo Atención Integrativo | 108 |
| Planteamiento de la problemática | 108 |
| Modelo psiquiátrico | 109 |
| Modelo psicosocial | 109 |
| Modelo socio - cultural | 110 |
| Modelo ecológico | 111 |
| El maicrosistema | 112 |
| El excosistema | 112 |
| El microsistema | 113 |
| • Albergue para mujeres que sufren violencia: México D.F. Modelo Atención | |
| Integral de Violencia de Género | 113 |
| Perfil de la mujer a su ingreso al albergue | 113 |

| | |
|---|-----|
| Manifestaciones psicósomáticas en mujeres que viven violencia intrafamiliar | 113 |
| Trastornos somáticos | 114 |
| Líneas de acción, atención y prevención | 115 |
| Programa de atención jurídica | 115 |
| Atención psicológica | 115 |
| Atención del desarrollo infantil | 115 |
| Atención de trabajo social | 116 |
| Atención médica | 116 |
| Programa de atención integral | 116 |
| • Análisis de los modelos de atención | 118 |

CAPITULO IV

ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y DEFINICIONES DEL MODELO HUMANISTA

| | |
|--|-----|
| Hacer una explicación sobre el modelo clásico de la atención en violencia intrafamiliar con otras técnicas | 124 |
| Reseña histórica de la teoría humanista | 125 |
| Antecedentes intelectuales de la teoría Rogeriana | 128 |
| Conceptos fundamentales de la teoría humanista | 128 |
| Teoría de la personalidad de Roger | 130 |
| Conceptos principales | 130 |
| Dinámica | 134 |
| Estructura | 136 |
| La persona plena y funcional | 139 |
| La terapia centrada en la persona | 140 |
| Terapia Rogeriana | 144 |
| Conceptos fundamentales de la teoría de la terapia y del cambio de la personalidad según Rogers | 146 |

| | |
|---|-----|
| Confrontación de la metodología humanista como método adecuado para la atención en crisis a mujeres violentadas | 152 |
|---|-----|

CAPITULO V

PRESENTACIÓN DE LA CASA DE PRIMERA ACOGIDA “MARÍA AMOR”

| | |
|--|-----|
| Presentación general del centro de acogida | 154 |
| Objetivo general o finalidad | 155 |
| Objetivos específicos | 156 |
| Sectores de actividad de la organización | 156 |
| Estructura organizativa | 156 |
| Tiempo de alojamiento | 157 |
| Servicios que brinda a las mujeres | 157 |
| Como y porque nace el proyecto de “María Amor” | 158 |
| Fines de la pastoral social de cuenca | 159 |
| Visión y misión de la pastoral Social | 159 |
| Fines de la casa “Maria Amor” | 160 |
| Visión y misión de la casa “María Amor” | 160 |
| Casa María Amor y sus testimonios | 161 |

CAPITULO VI

DISEÑO DE LA METODOLOGÍA DE ATENCIÓN EN CRISIS PARA MUJERES BASADO EN EL MODELO HUMANISTA

| | |
|----------------------------------|-----|
| Tema de la investigación | 167 |
| Objetivos | 167 |
| Hipótesis de la investigación | 168 |
| Diseño y metodología del trabajo | 168 |

| | |
|--|-----|
| Descripción del trabajo metodológico previo a la aplicación del modelo terapéutico | 168 |
| Universo | 169 |
| Muestra | 169 |
| Criterios de inclusión | 169 |
| Criterios de Exclusión | 169 |
| Metodología propuesta para la construcción del modelo de atención | 169 |
| Recursos | 170 |
| Población Blanco | 170 |
| Introducción del modelo de intervención | 170 |
| Que entendemos por crisis | 171 |
| Definición | 171 |
| Niveles de una crisis | 171 |
| Líneas generales del manejo de la crisis según los niveles de la crisis | 173 |
| La crisis como parte de la ruta crítica que atraviesan las mujeres violentadas | 174 |
| Factores de riesgo | 175 |
| Niveles de gravedad del problema según los factor de riesgo existentes | 178 |
| Objetivos terapéuticos | 184 |
| Condiciones de la atención en crisis | 184 |
| Principios de la atención en crisis | 185 |
| Algoritmo terapéutico | 186 |
| Contractos básicos para la intervención en crisis | 186 |
| Manejo del proceso en el momento de la crisis | 190 |
| Duración del tratamiento | 192 |
| Evaluación del proceso | 192 |
| Comprobación de la hipótesis | 194 |

CAPITULO VII

ANALISIS DE CASOS Y RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

| | |
|--|------------|
| Análisis de casos | 195 |
| Análisis descriptivo de los datos | 209 |
| Análisis de datos de la encuesta de satisfacción | 221 |
| CONCLUSIONES | 223 |
| RECOMENDACIONES | 226 |
| BIBLIOGRAFÍA | 228 |
| ANEXOS | 232 |

ABSTRACT

This research proposes a methodology to work with women who have been victims of intra-family violence. The methodology was developed in the "Casa de Acogida María Amor," a shelter home located in Cuenca. Thirty women participated in the study which was conducted from a humanistic perspective and had two objectives. The first objective was to make women feel supported and understood in their first encounter with a professional ready to help them. The second objective, based on feedback from the women themselves, was aimed at the construction of an attention model did not exist at the time. Both goals were fulfilled.

ABSTRACT

TEMA: Violencia Intrafamiliar: propuesta de una metodología de atención en crisis para mujeres violentadas en la casa de acogida Maria Amor

AUTORA: Gabriela Acurio

ANTECEDENTES:

El trabajo fue realizado en la Casa de Acogida María Amor, que es un albergue para mujeres victimas de violencia intrafamiliar; el estudio fue realizado con 30 mujeres que asistieron a una primera consulta en la institución en un estado de crisis emocional provocado por la violencia.

METODOLOGÍA:

Se llevo a cabo un estudio desde una perspectiva humanista buscando que la mujer se sienta entendida y apoyada en el momento de explicar su problemática.

Se realizó con 30 mujeres con las cuales se aplico el modelo de atención plateado y al final de cada sesión se evaluó el nivel de satisfacción que obtuvieron en la consulta.

OBJETIVO:

Construir una propuesta de atención en crisis para mujeres victimas de violencia intrafamiliar, la cual al momento no existe.

RESULTADOS:

El estudio fue con treinta mujeres que asistieron a una primera atención en la casa de acogida, en estado de crisis emocional, obteniendo como resultados que las ellas se sientan entendidas y apoyadas frente a su problemática actual. Se logró proponer una guía de atención en crisis en violencia sabiendo que las mujeres que son víctimas de ella necesitan un apoyo especial en un primer momento.

CONCLUSIONES:

La propuesta de la atención en crisis se ha planteado como una alternativa de apoyo a las mujeres victimas de violencia en un primer encuentro.

INTRODUCCIÓN:

La presente tesis aborda la temática de la violencia intrafamiliar, problemática que revela una cuestión política y social, pública y privada, donde la violencia no queda limitada al ámbito doméstico sino que atraviesa las paredes del hogar afectando de diversas maneras a la comunidad y la producción social y económica de un país.

A partir del análisis de un conjunto de casos, el estudio *propone un modelo de intervención en primera instancia a las mujeres que han sido víctimas de violencia intrafamiliar*, recuperando su necesidad de escucha que no las culpabilice, juzgue o cuestione su manera de actuar frente a una problemática que las paraliza y no les permite tomar decisiones claras y adecuadas para enfrentarla.

El modelo de intervención en primera instancia, recupera los principios de la Terapia humanista de Rogers quien plantea como principios fundamentales de la actitud terapéutica, la acogida y no iniciativa, el concentrarse en la vivencia del sujeto y no en los hechos que la evocan, el interesarse en la persona mas que en su problema y el respetar al cliente mostrándole una consideración real.

Por ello asume como punto de partida que todo cambio en la vida, sea este bueno o malo, provoca una “crisis” emocional, de la misma manera la violencia provocará una crisis la cual debe ser abordada como tal, sin dejar de lado el aspecto humano que implica la atención en crisis y mas aun si hablamos de un problema que genera tantos temores y angustias en una persona.

El estudio demanda que miremos el trasfondo de esta problemática, para valorar que las mujeres sometidas a situaciones de violencia crónica en su hogar comienzan a presentar una debilidad gradual de sus defensas físicas y psicológicas, traduciéndose en una disminución de su calidad de vida y por ende disminuyendo la calidad de vida de sus hijos.

En varios momentos nos lleva a reflexionar en el hecho de que muchas de las mujeres que asisten a solicitar un servicio en las unidades de salud, acuden como producto de casos de violencia que no son detectados por el desconocimiento de los profesionales, que no relacionan los problemas físicos con los problemas de violencia que se dan en ámbitos privados.

Algunos estudios realizados sobre la temática de violencia, han permitido dimensionar con un sin número de cifras como 8 de cada 10 mujeres son agredidas, estas estadísticas representan vidas y dignidades humanas perdidas por la incapacidad que tenemos de frenarlo. Este estudio profundiza en como atender a esos seres humanos de carne y hueso en el momento mismo en que piden ayuda.

Es que una atención adecuada del problema permitirá romper el círculo vicioso que perpetúa las relaciones agresivas que afectan la estima y la productividad femenina sino también el desarrollo de las habilidades efectivas de los niños quienes permanentemente incorporan en su aprendizaje conductas agresivas que les lleva a considerar dicho modelo de relación como el único, para resolver cualquier tipo de problema.

El enfoque del trabajo confronta aquellas explicaciones de la violencia como producto de problemas mentales presentados por los agresores, pues la bibliografía actual plantea que si bien algunos agresores padecen trastornos psicopatológicos, no lo son todos, también confronta aquella justificación de que la problemática de la violencia tiene como única explicación los problemas de alcoholismo y drogadicción, que mas que ser una causa en si misma, se ha convertido en un justificativo socialmente aceptado para los episodios violentos.

Está claro que el poder que se ha conferido a los hombres, de generación en generación es la causa profunda de una problemática que ha limitado a los hombres su derecho a sentir y llorar.

Esta tesis pretende, en el conjunto de sus capítulos, recuperar el aporte de la psicología para un problema que está hoy en la agenda pública y en la preocupación de las mujeres, dotando de instrumentos a quienes se enfrentan cotidianamente con la necesidad de atender crisis de violencia intrafamiliar.

El trabajo está organizado en siete capítulos, el primero en el que se busca brindarle al lector una visión integral de la violencia intrafamiliar de una manera clara y precisa, basado en su mayoría en experiencias ya existentes. El

segundo capítulo expone conceptos básicos sobre la crisis, sus fases, característica, tipos de crisis y modalidades de intervención psicológica.

En el tercer capítulo se presenta la revisión y el análisis de los modelos de atención integral de la violencia, en los que se busca conocer como se ha llevado las intervenciones en los últimos años.

El capítulo cuarto presenta al lector los antecedentes históricos y las definiciones del modelo humanista sumado a una extensa revisión de la teoría de la personalidad planteada por Rogers y los conceptos fundamentales de la teoría de la terapia del cambio de la personalidad; conceptos que darán un sentido a la construcción del modelo de atención en crisis.

El quinto capítulo plantea un breve relato sobre la casa de acogida “María Amor” lugar donde se realizó la investigación de campo.

El sexto capítulo constituirá el cuerpo de la investigación donde se expone el modelo de intervención planteado y la modalidad de trabajo con que se llevó a cabo la investigación.

Por último en el séptimo capítulo se podrá acceder a el análisis de los resultados obtenidos de la investigación de campo.

CAPITULO I



*“Siento mi corazón en la dulzura
fundirse como ceras:
son un óleo tardo
y no un vino mis venas,
y siento que mi vida se va huyendo
callada y dulce como la gacela.*

GABRIELA MISTRAL (*Atardecer*)¹

VISIÓN INTEGRAL DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

1.1. Perfilando las expresiones y formas de la Violencia doméstica contra la mujer

1.1.1. Violencia intrafamiliar²

Art. 2.- Violencia intrafamiliar.- Se considera violencia intrafamiliar toda acción u omisión que consista en maltrato físico, psicológico o sexual ejecutado por un miembro de la familia en contra de la mujer o demás integrantes del núcleo familiar.

Art. 3.- Ámbito de la aplicación.- para los efectos de esta Ley se consideran miembros del núcleo familiar a los cónyuges, ascendientes, descendientes, y sus parientes hasta el segundo grado de afinidad.

La protección de esta Ley se hará extensiva a los ex cónyuges, convivientes, ex convivientes, a las personas con quienes se mantengan o se haya mantenido una relación consensual de pareja, así como a quienes comparten el hogar del agresor o del agredido.

“Del Reglamento General a la Ley contra la violencia a la mujer y la Familia, se extrae las siguientes definiciones”³:

¹ Gabriela Mistral, *Atardecer*

² Basado en la Ley 103 registro oficial 839, *Contra la violencia a la mujer y la familia aprobada como derecho en la constitución en 1998 y revisada por el congreso nacional en diciembre del 2005, Art.- 2 y 3*

Art. 4.- Núcleo familiar.- conforman el núcleo familiar los cónyuges o convivientes, sus padres y más ascendientes, a sus hijos y más descendientes, sus hermanos e hijos de estos y sus parientes hasta el segundo grado de afinidad.

Art. 5.- Relación consensual de pareja.- a más de la convivencia por matrimonio o unión de hecho, aquellas exentas o no de relaciones sexuales, como la de enamorados o novios, aún cuando éstas hayan sido esporádicas o de corta duración.

Art. 6.- Personas que comparten el hogar del agresor o del agredido.- son quienes:

- a) Mantienen una relación de dependencia laboral de trabajo doméstico; y
- b) Quienes sin ser parientes comparten el hogar común, bien sea a través de un pago mensual o en forma gratuita.

1.1.2. la violencia psicológica.- este tipo de violencia es la más común dentro de las relaciones de pareja, incluso es importante destacar que no únicamente dentro de las familias disfuncionales se da este tipo de violencia, esta puede estar presente de una forma muy cotidiana y en la mayoría de las parejas. No obstante cabe mencionar que este tipo de maltrato aunque minimizado por la cultura y la sociedad es el más atroz, ya que deja secuelas invisibles pero determinantes en el comportamiento de la mujer y su capacidad de verse como ser humano. Por lo general las mujeres maltratadas padecen más depresión, ansiedad y fobia que las no maltratadas, del mismo modo las investigaciones indican que las mujeres maltratadas por sus parejas presentan mayor riesgo de suicidio e intentos de suicidio.⁴

³ Basado en la Ley 103 registro oficial 839, *Contra la violencia a la mujer y la familia aprobada como derecho en la constitución en 1998 y revisada por el congreso nacional en diciembre del 2005*, generalidades y definiciones Art.- 4, 5 y 6

⁴ *Informe Mundial sobre la violencia y la salud*, Washington D.C. Organización Panamericana de la Salud, oficina regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2003

Según la ley 103 “constituirá toda acción u omisión que cause daño dolor, perturbación emocional, alteración psicológica o disminución de la autoestima de la mujer o el familiar agredido”⁵.

1.1.3. La violencia física.- la violencia física por lo general es la más visible y está acompañada por otros tipos de violencia. Basados en la ley 103 tenemos “todo acto de fuerza que cause daño, dolor o sufrimiento físico en las personas agredidas cualquiera que sea el medio empleado y sus consecuencias, sin considerarse el tiempo que se requiera para su recuperación”⁶ es así como muchas mujeres mueren “accidentalmente” en sus hogares en manos de sus parejas, delitos que en muy pocas ocasiones se logran probar por que la violencia que vivía dicha mujer era oculta ante los ojos públicos. En una entrevista realizada a la Ing. Marlene Villavicencio directora de la casa de acogida “Maria Amor” manifiesta “El índice de violencia intrafamiliar en nuestra ciudad es muy elevado, sin embargo para las autoridades locales este índice se ha convertido en una situación normal por lo que no se ha considerado aun a la violencia como un problema de seguridad ciudadana, lo cual limita a la mujer y sus hijos manteniéndolos vulnerables dentro de sus hogares, donde su vida se ve en peligro a diario”.

1.1.4. Definición de violencia sexual.- se define como “todo maltrato que constituye imposición en el ejercicio de la sexualidad de una persona, y que la obligue a tener relaciones u otras practicas sexuales con el agresor o con terceros, mediante el uso de la fuerza física, intimidación, amenazas o cualquier otro medio coercitivo”⁷

1.1.5. Definición de violencia patriarcal.- se refiere a la “acción u omisión que implica el daño, la perdida, transformación, sustracción, destrucción retención, o distracción de objetos, instrumentos de trabajo, documentos

⁵ Ley 103 registro oficial 839, *Contra la violencia a la mujer y la familia aprobada como derecho en la constitución en 1998 y revisada por el congreso nacional en diciembre del 2005*, Art.-4 inciso b

⁶ Ley 103 registro oficial 839, *Contra la violencia a la mujer y la familia aprobada como derecho en la constitución en 1998 y revisada por el congreso nacional en diciembre del 2005*, Art.-4 inciso a

⁷ Ley 103 registro oficial 839, *Contra la violencia a la mujer y la familia aprobada como derecho en la constitución en 1998 y revisada por el congreso nacional en diciembre del 2005*, Art.-4 inciso b Ley 103 contra la mujer y la familia Art.- 4 inciso c

personales, bienes, valores derechos o recursos económicos destinados a satisfacer las necesidades de las personas

1.1.6. Definición de negligencia.- Acción de descuido de un pariente en situación de dependencia en aquellas actividades básicas de la vida diaria, como el baño, la movilización, la toma de medicamentos, etc. Que lleven al deterioro en la calidad de vida de la persona”⁸

1.1.7. Definición de la violencia de género

“es aquella que se produce en la relación hombre mujer, ocurre en el ámbito de la familia y también fuera de ella, en el lugar de trabajo, en la escuela, en el barrio, la calle, las instituciones, etc.”⁹ Este tipo de violencia efectivamente afecta a todos, hombre y mujeres, no obstante son las mujeres las que por lo general se ven más afectadas por este tipo de violencia.

El término “género”, se refiere a las prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores sociales que las sociedades culturalmente elaboran a partir de la diferencia sexual biológica.

“En el concepto de violencia de género estamos haciendo interactuar dos variables que tiene un común denominador de nutrirse de raíces históricas y culturales: la violencia, entendida como una estrategia orientada al control y al dominio del otro, y el género, entendido como una construcción cultural que define lo masculino y lo femenino a partir de estereotipos”¹⁰

2. La violencia visto como una problemática integral

La violencia en sus diferentes manifestaciones es un problema grave y creciente en nuestra sociedad. Es importante que empecemos a reconocer a la violencia como una forma de ejercicio de poder, la cual es usada en beneficio de una

⁸ Ministerio de salud, caja costarricense de seguridad social, *Normas de atención en salud a las personas afectadas por la violencia intrafamiliar*, Costa rica 2000

⁹ CEPAM, Programa de derechos sexuales reproductivos y salud *Violencia intrafamiliar y de género: guía de prevención y atención para proveedores (as) de salud*, Quito Ecuador, Julio del 2001

¹⁰ Universidad de Buenos Aires, “Curso de violencia intrafamiliar On – line, Modulo 5” Cuenca , 2006

persona dañando a otra. La violencia ha venido deteriorando la salud física y mental de las mujeres que han estado expuestas a dicho problema.

Podemos destacar que al menos la mitad de las mujeres entre 20 y 40 años de edad y de todas las clases sociales han sido víctimas de agresiones por parte de su esposo o pareja afectiva en algún momento de su vida¹¹

La violencia incluye formas muy variadas de control, humillación, abuso y degradación de las mujeres en donde no se ve al abuso físico como la única forma de maltrato hacia las mujeres sino que puede llegar incluso a las torturas emocionales que en muchos de los casos las mujeres no perciben y además a simple vista no dejan rastro. A pesar de las secuelas del abuso emocional en muchos de los casos son mucho más difíciles de superar que las agresiones físicas.

La recopilación de los datos y el trabajo diario con las mujeres que asisten a una casa de acogida han mostrado que, el denunciar el maltrato, acercarse a pedir ayuda o el mismo hecho de comentar lo que les ha sucedido durante muchos años son muy difíciles y que amerita mucho valor y mucha fuerza para poder hacerlo y que más de una vez juntarlo exige muchos años de sometimiento y abusos

*“Claudia por ejemplo tiene 28 años acudió en busca de protección después de haber huido de su casa con sus 3 hijos, con una ceja rota y en medio de una crisis emocional causada por los constantes maltratos tanto físico como psicológicos de su pareja ella cuenta que **“tomar la decisión demoró muchos años, que cada vez que él llegaba siempre había alguna cosa que no le gustaba o incomodaba y si no la había él se la inventaba con el objetivo de descargar su furia sobre ella”***

¹¹ IPPF/RHO, Estrategias para el tratamiento y la prevención de los efectos de la violencia doméstica en la salud mental, 1995

"Cada día había insultos y humillaciones que la hacían pensar que él tenía la razón y que en verdad se lo merecía por que no valía nada, cada día ella inventaba una excusa diferente para justificar lo que le pasaba". Qué le golpee hasta romperle la ceja fue a causa de *"cuentos de los vecinos que ella tenía otro y él sin pedir explicaciones la golpeó* Claudia indignada dice, *eso siempre era mentira él ni siquiera me dejaba salir como iba a tener un "mozo". Ese día no encontré excusa alguna, esperé que él se fuera a su trabajo y como ya tenía un número de teléfono donde decían que ayudaban, llamé y salí para acá".*

"Todos los golpes no dolieron tanto como los insultos y la humillación constante, sentir que no valgo nada, y que no era nada sin él" que debía aguantar por que no sabía hacer nada".¹²

Como Claudia, muchas mujeres son agredidas diariamente y no son capaces de enfrentarlo, siguen encontrando excusas para defender a sus agresores. Y cuando lo han intentado, las presiones familiares, sociales y culturales han construido barreras que impiden enfrentar la violencia. Pero muchas veces se someten a las agresiones porque como manifiesta claudia *"no tengo una manera para mantener a mis hijos ni un lugar donde brindarles protección mientras yo buscan la manera de darles todo lo que ellos necesitan"*¹³

2.1. Como se ve afectada la psiquis de la mujer

La violencia psicológica se caracteriza por maltrato de tipo verbal en forma repetida, acoso, reclusión y privación de los recursos físicos, financieros y personales. "Para algunas mujeres los insultos incesantes y la tiranía, que constituye el maltrato emocional, quizá sean más dolorosos que los ataques físicos, por que socavan eficazmente, la seguridad y la confianza en sí mismas."¹⁴

¹² TESTIMONIO DE CLAUDIA

¹³ TESTIMONIO DE CLAUDIA

¹⁴ Cabildo por las mujeres *Erradicación de la violencia contra la mujer*, Cuenca, 25 de Noviembre del 2006

Las mujeres clasifican el maltrato emocional como uno de los maltratos más difíciles de superar por que es este el que las ha aterrorizado por muchos años y les a hecho construir su propio imaginario basado en que no pueden seguir adelante solas y que son incapaces de construir una vida digna junto con sus hijos, es este tipo de maltrato el que ha hecho en ellas mujeres que se sienten solas y culpables de los golpes que reciben, a los cuales deben poner ellas mismas un justificativo, y que lógicamente estará dominado por su baja autoestima.

Para poder empezar a hablar que mujeres que han sido agredidas por su pareja debemos referirnos a ellas como sobrevivientes de la violencia, se ha podido ver que las usuarias de los servicios de apoyo llegan pidiendo ayuda psicológica con síntomas característicos de situaciones altamente traumáticas. Las secuelas psicológicas más comunes pueden ser estados de alerta exagerada, entumecimiento emocional, pesadillas y recuerdos constantes del evento traumático, todos estos son síntomas muy normales, al igual que las enfermedades físicas constantes que son el resultado de las alteraciones emocionales provocadas por los constante maltratos, todo esto se produce por un intento insaciable por parte del cuerpo de restaurar el equilibrio, sin embargo esta búsqueda del equilibrio por parte del cuerpo no siempre logra que la mujer resuelva y encuentre maneras de afrontamiento y en muchos de los casos optan por el aislamiento social y las patologías emocionales se van haciendo cada vez más profundas alterando el psiquismo de las mujeres y sus hijos que se van convirtiendo en víctimas indirectas de la violencia.

“A menudo, los síntomas de las personas traumatizadas representan intentos por manejar su trauma. Los niños tratan de resolverlo a través de una repetición de la lucha de poder con figuras de autoridad y la recreación de juegos y conductas. Por su parte, los adultos intentan resolverlo en las relaciones íntimas (ej. cuando reviven el trauma en sus relaciones de adultos), en el trato con sus

propios hijos o en terapia. Tanto los niños como los adultos pueden incurrir en la auto agresión (provocarse cortadas, quemaduras, etc.) por las mismas razones. Algunas pacientes que somatizan pueden revivir experiencias tempranas de manera inconsciente, y presentarse como individuos hostiles, poco cooperativos y fastidiosos”¹⁵.

Después de haber visto a muchas mujeres pasar por la casa de acogida en busca de ayuda por la violencia que ha vivido se ha podido ver como la violencia no solo afecta la parte física que es ocasionada por los golpes sino que también la presenta síntomas psicológicos que tienen como función el proteger a la mujer frente a los diferentes choques emocionales que traen consigo la violencia física sexual, patrimonial, etc.

Las mujeres violentadas en el momento en que piden ayuda en algunas ocasiones evaden sentimientos afectos, y se niegan a experimentar manifestaciones como alegría, gusto, tristeza, calma, ternura, por temor a ser juzgadas por lo que están sintiendo.

Por lo general presentan sentimientos ambivalentes hacia el agresor que oscilan entre el odio y el amor, la compasión y el desprecio. Lo que les hace sentirse aun más culpables.

Las emociones de cólera o miedo suscitadas en las escenas de violencia desencadenan reacciones fisiológicas (adrenalina) que preparan al organismo a realizar una actividad violenta. Sin embargo las mujeres no responden en el momento de la agresión por parte del hombre lo que genera en ellas un estado de perturbaciones orgánicas que por lo general le llevan enfermarse.

Los juicio sobre sí misma está bastante desvalorizado debido a las constantes críticas hacia ella se presenta con serias dificultades para confiar en sí misma y

¹⁵ IPPF/RHO, Estrategias para el tratamiento y la prevención de los efectos de la violencia domestica en la salud mental, 1995

sentimientos de impotencia frente a la vida. Provocando una incapacidad para tomar decisiones en todos los ámbitos, como esposa como madre y como mujer.

Por lo general las mujeres viven en un ambiente hostil y estresando lo que genera en ellas estados de tensión constante y una ansiedad aguda, estos estados provocados por el ambiente hacen que las mujeres sientan fatiga, dolor de cabeza, dolor de todo el cuerpo, insomnio.

El gran agotamiento físico y mental que genera la violencia hace que las mujeres se vuelvan poco productivas y su rendimiento laboral, ya sea dentro o fuera de su casa, sea menor manteniendo la tensión, los sentimientos de culpa e incluso justificando la agresión.

2.2. Como funciona el círculo de la violencia¹⁶

Generalmente, la violencia en la pareja tiene un carácter cíclico y suele manifestarse en 4 etapas:

1. *Fase de tensión:* En este periodo las expresiones de violencia pueden incluir los insultos y un conjunto de demostraciones que no son consideradas por la mujer y el agresor, como extremas. En esta fase la mujer intentara calmar al hombre o evitará hacer aquello que le pueda molestar, bajo la falsa suposición de que su acción logrará controlarla.
2. *Fase de explosión de la agresión:* en esta etapa ocurre un hecho considerado extremo por parte de la victima y el agresor. La tensión ve aumentada y los límites de las conductas consideradas no extremas se redujeron, generándose un incremento en el número y tipos de violencia física, psicológica y sexual.
3. *Fase de alejamiento o separación temporal:* en este periodo la mujer busca ayuda en distintas instancias, incluyendo familiares, amigos y centros de

¹⁶ La violencia doméstica: definición, ciclos, tipología, mitos, del centro de apoyo Aquelarre. Republica Dominicana 1999, Pág. 7

ayuda. (fase muy importante en que la mujer adquiere ayuda y accesoria no se da siempre).

4. *Fase de reconciliación, arrepentimiento o luna de miel*: luego de la fase de explosión, el agresor intenta dar señales de arrepentimiento, generalmente prometiendo que no volverá a ocurrir.

Muchas mujeres ven este círculo de violencia generalmente tarde, si es que logran visualizarlo.

2.3. Cuando se presenta la crisis en la vida íntima

Cada cambio en la vida implica una etapa de crisis, la cual nos permitirá pasar por una instancia de crecimiento personal o de retraimiento negación, agresividad y dependencia. En este segundo estado nos muestra un proceso de crisis mal procesado y llevando al sujeto a incursionar en procesos depresivos, quiebres nerviosos, dolencias crónicas, ausencia de reacción e incluso llegar a la fármaco dependencia o al alcoholismo.

Todos estos detalles sumados a imaginarios culturales y aprendizajes adquiridos en los hogares son las bases fundamentales de las crisis en la vida de pareja.

3. Causas de la violencia intrafamiliar

Los imaginarios sociales y culturales son la causa primaria del ejercicio de la violencia sobre la mujer. La existencia de la violencia es la desigualdad estructural en las relaciones de poder entre hombres y mujeres.

“El poder de dominio es la capacidad de control sobre la vida o la conducta de otras personas para lograr obediencia y disponibilidad; se ejerce sobre el pensamiento la libertad, la sexualidad, la economía o la capacidad de decisión de quien se busca subordinar. Cuando el ejercicio del poder deviene en abuso

de poder, la relación de dominio es la que se instala y constituye el común denominador de todas las manifestaciones de la violencia interpersonal.”¹⁷

Las relaciones de desigualdad son las que han sentado las bases de la posición de subordinación de las mujeres, así como de desiguales oportunidades de beneficiarse del desarrollo ya que los hombres gozan de más poder para influir en el cambio y sobre todo en cuanto a lo económico, político y social, ámbitos donde la mujer anualmente ha ingresado con muchísima dificultad.

La asignación cultural de roles sociales a hombres y mujeres han subordinado las actividades del sexo femenino en relación al masculino, Lo masculino relacionado con el espacio público, con las relaciones, con lo considerado importante, lo femenino limitado al espacio privado, valorado como secundario. Si lo importante es la vida en el espacio público eso supone supremacía sobre lo privado (lo femenino”) con lo cual la sociedad ha justificado o cuando menos permitido el uso de la fuerza para “someter” a aquellas mujeres que pretenden enfrentar el modelo establecido o cuestionar las formas de relación y distribución de tareas en la sociedad.

“Temple es una virtud apreciada en el varón, pero se considera defecto en nuestro sexo. Las mujeres con temple ponen en peligro el desequilibrio del mundo, que favorece a los hombres, por eso se ensañan en vejarlas y destruir las”¹⁸.

“Bertha con 26 años, 3 hijos y un marido agresor comenta en medio de lágrima que “lo hacía por que el país andaba mal y no había trabajo.... Cada ves que salía a buscar un trabajo lo único que encontraba era el alcohol y un montón de

¹⁷ Irigoyen, M.F. (1999) *El acoso moral*. El maltrato psicológico en la vida cotidiana. Buenos Aires, Ed. Paidós

¹⁸ Allende Isabel “Inés del Alma Mía, pp. 307 – Bogotá Agosto 2006.

amigos que lo molestaban por que era un mandarina... por que era su mujer quien llevaba algunos centavos a la mesa,”¹⁹

Bertha cada mañana después de dejar a sus tres hijos en la escuela iba a trabajar limpiando casas y lavando ropa, mientras su esposo se hundía en el alcohol, sin trabajo y con la presión social de que era el “hombre” de la casa que no cumplía con mantener a la familia. Frustración que era desahogada en su mujer, con insultos golpes y agresiones sexuales.

La violencia doméstica se ha transmitido de generación en generación, se aprende, interioriza, soporta y reproduce en la vida cotidiana, permitiendo se mantenga un círculo vicioso, que luego es capaz de justificar con comentarios como *“¿Qué habrá hecho ella para que el señor pierda el control y llegue a matarla?”*.

Los padres, maltratan a los hijos con el objetivo de “educar e impartir valores” sin darse cuenta que esos niños cuando sean adultos repetirán las mismas conductas aprendidas y como único resultado obtendremos futuros agresores cotidianos.

Es de gran importancia destacar que la violencia en cualquier momento de la vida es un factor que paraliza a la persona que la vive, impidiendo procesos formativos ya sean individuales o sociales y estos repercuten a largo o corto plazo en la vida de la persona.

La estructura patriarcal de la sociedad se fundamenta sobre una distribución desigual del poder y de los roles de hombres y mujeres. Esta ha hecho a la sociedad permisiva hacia lo que se considera prácticas legítimamente “masculinas” entre ellas el ejercicio de la violencia contra aquellos y aquellas

¹⁹ TESTIMONIO DE BERTHA

que son considerados “subalternos” y que contradicen lo aceptado como permitido para una masculinidad hegemónica.

El ejercicio del poder en el actual modelo sociedad, esta muy vinculado a la aplicación de la fuerza para lograr que los otros hagan aquello que se considera “correcto” , en el núcleo familiar eso se reproduce en las relaciones de pareja y también entre adultos y niños (as). Y la comunidad ha asumido como “natural” como permitido la existencia de violencia conyugal por razones de género. Manteniendo un ruta crítica para las mujeres difícil de romper por el temor a que se este haciendo público algo que se ha mantenido como problema privado.

4. Epidemiología de un problema de salud pública

La violencia contra la mujer se ha convertido en un problema de salud pública, pero se ha visto dificultada su detección por la falta de denuncias por parte de las mujeres, lo que implica una falta de datos sobre la incidencia y el impacto de la violencia sobre la salud.

Es claro que después de varios años de lucha de los movimientos femeninos han logrado hacer más visible el problema encontrando que las “consecuencias de la violencia pueden no ser mortales y adoptar la forma de lesiones físicas, desde cortes menores y equimosis a discapacidad crónica o problemas de salud mental”²⁰ Sin embargo la muerte no resulta excepcional si el ciclo de la violencia se mantiene, induciendo a las mujeres a acabar con sus vidas como medio para escapar de la violencia, mujeres que han sido contagiadas de VIH por alguna violación y otras lesiones también son parte del las víctimas mortales que ha cobrado la violencia.

²⁰ Cabildo por las mujeres “*Erradicación de la violencia contra la mujer*” Cuenca Noviembre 25 del 2006 (información tomada de los documentos de la unidad de salud de la mujer de la OMS, junio 1998 del la CEPAL, junio 2002, del CONAMU, mujeres y hombres del Ecuador Cifras noviembre del 2005)

Estudios realizados en los Estados Unidos detectaron que las mujeres violadas o golpeadas representaban un alto costo económico para la salud, usando recursos que no han sido destinados para dicha problemática. Podemos describir a las mujeres agredidas como poco saludables, presentado síntomas psicosomáticos en gran parte de su organismo y adquiriendo conductas poco saludables como el fumar, ingerir alcohol, etc.

“En mayo de 1996 en la 49ª Asamblea Mundial de Salud, se adoptó una resolución, declarando a la violencia como prioridad de Salud Pública e instalando a los Estados a que evalúen el programa en su territorio y comuniquen a la OMS sobre el problema”²¹

4.1. Magnitudes del Problema.

Durante décadas se ha minimizado la violencia que se ejerce dentro de la pareja en relación a otros tipos de violencia, asumiendo como algo del ámbito privado como algo normal en la vida de pareja que debe esconderse para garantizar el “bienestar” del núcleo familiar, y por ello ha resultado difícil de valorar la situación real de este problema, a pesar de las miles de historias que evidencia la frecuencia y gravedad del problema.

Según el informe mundial sobre la violencia y la salud podemos encontrar que hay datos de una amplia gama de países que indican que la violencia en la pareja en un gran número de casos conduce a la muerte por asesinato “Estudios efectuados en Estados Unidos, Israel, Sudáfrica revelan que en 40% a 70% de los asesinatos de mujeres, las víctimas fueron muertas por su esposo o novio, a menudo en un contexto de una relación de maltrato” sin embargo muchos de estos atentados contra las mujeres no se han logrado documentar ya que muchos de ellos son reportados en las casas de salud como “quemaduras accidentales” en los casos de rupturas de huesos o golpes como “accidentes domésticos cuidando a los niños”, es por esta razón que las casas de salud no

²¹ Acuiro, David, OPS, división de salud y desarrollo humano, “*Para vivir sin violencia: dimensiones del problema, compromisos de solución*” Programa mujer, salud y desarrollo, Washington, D.C., Noviembre 1999

logran documentar por una falta de contacto con la realidad social de muchas mujeres y un automatismo de las actividades medicas.

La violencia se ha convertido en un enemigo silencioso y mortal de las mujeres, quienes han sido las más vulnerables durante muchos años por la desigualdad de genero, enemigo que cada día cobra una víctima sin importan su entorno social, cultural o económico. Lo impactante es que a pesar de que la violencia constituye un problema tan grave aun no se logra documentar muchos de los datos principalmente por que las mujeres no logran ponerle un alto y denunciar a sus agresores, quienes es la cotidianidad del hogar las va matando emocionalmente.

Para muchas de las mujeres la decisión de frenar la violencia está dominada por el miedo, la depresión y la negación que la victima experimenta con frecuencia. Es claro que ha pesar de todas las ambivalencias emocionales que las mujeres experimentan frente a la violencia después de un largo tiempo logran denunciar.

La última encuesta presentada por el CEPAR en Ecuador realizada en el año 2004 y publicada en octubre del 2005 nos da los siguientes resultados generales:

| Violencia contra la mujer (%): | TOTAL | Urbana | Rural |
|--|--------------|---------------|--------------|
| Maltrato físico antes de cumplir 15 años | 27.7 | 26.9 | 29.0 |
| Maltrato psicológico antes de cumplir 15 años | 24.9 | 24.4 | 25.7 |
| Maltrato físico en la vida marital (mujeres alguna vez casadas o unidas) | 31.0 | 32.1 | 29.2 |
| Maltrato psicológico en la vida marital (mujeres alguna vez casadas o unidas) | 40.7 | 42.0 | 38.5 |
| Violación con penetración (todas las mujeres de 15 - 49 años) | 7.2 | 7.8 | 6.3 |

A pesar de esto, cabe destacar que este porcentaje que nos parece tan poco significativo, nos da a pensar que el problema de la violencia no es tan alarmante

sin embargo entre estos porcentajes solo reflejan el 3% de las mujeres que son las que se han visto en una encrucijada que las ha hecho denunciar al agresor renunciando a sus miedos.

Haciendo un análisis del cuadro de porcentajes presentado anteriormente podemos notar la dinámica transgeneracional de la violencia, vemos como muchas mujeres ya desde muy corta edad han sido agredidas por un miembro de su familia obteniendo el 27.7 % de la población entre urbano y rural han sido agredidas físicamente antes de cumplir los quince años, el 24.9% psicológicamente. El 31.0% de las mujeres han sido agredidas físicamente por su conyugue el 40.7 su pareja las ha agredido psicológicamente y solo el 7.2% denuncian una violación con penetración.

Según el cabildo de mujeres de la ciudad de Cuenca en su publicación titulada "*erradicación de la violencia contra la mujer*" manifiesta que una de cada 5 mujeres ha sido maltratada por su pareja o varios hombres en algún momento de su vida.

"En todo el mundo, se ha calculado que la violencia contra la mujer es una causa de muerte e incapacidad entre las mujeres en edad reproductiva, entre las mujeres en edad reproductiva tan grave como el cáncer, y es una causa de mala salud mayor que los accidentes de tránsito y la malaria junta."²²

En un estudio realizado en 1992 sobre la carga de salud oculta en la mujeres que son violentadas encontramos que en una muestra de 200 mujeres e bajos ingresos de quito el 60% de las mujeres habían sido golpeadas por su pareja o conviviente y el 37% de las golpeadas fueron agredidas al menos una vez al menos o diariamente²³

²² Cabildo por las mujeres "*Erradicación de la violencia contra la mujer*" Cuenca Noviembre 25 del 2006 (información tomada de los documentos de la unidad de salud de la mujer de la OMS, junio 1998 del la CEPAL, junio 2002, del CONAMU, mujeres y hombres del Ecuador Cifras noviembre del 2005)

²³ Lori Haise con Jacqueline Pintaguay y Adrienne Germain, "*Violencia contra las mujeres: carga de salud oculta*" Honduras 1992

4.2. Antecedentes históricos de la violencia en América Latina

Se ha podido ver que la problemática de la violencia ha sido mirada desde muchos ámbitos en América latina y el caribe desde la década del 70 y 80 ya se comienza a poner dentro de la agenda pública el problema de la violencia contra la mujer. A finales de los 70 ya se inician las primeras organizaciones no gubernamentales en busca de emprender líneas de protección a las mujeres con esta problemática buscando darles respuesta a su angustia. Iniciando la aparición de sistemas integrales de protección y casas de refugio para las mujeres a nivel de América Latina.

En 1981 después del primer encuentro feminista latinoamericano y del caribe, realizado en Colombia se destaca al 25 de noviembre como el día internacional contra la violencia a las mujeres, en conmemoración a la muerte de las hermanas Mirabal, por parte de la dictadura Trujillana en república Dominicana. A partir de esta época se empieza a visualizar y avanzar en la igualdad de género, buscando eliminar la discriminación femenina en la segunda conferencia mundial sobre la mujer se adoptan resoluciones buscando erradicar la violencia contra la mujer y la familia en la sociedad y al mismo tiempo se intenta eliminar todas las formas de discriminación en contra de las mujeres con el objetivo de promover la igualdad entre hombre y mujeres.

Todas estas luchas iniciadas por los movimientos feministas pusieron en la mira la problemática de la violencia permitiendo que la sociedad inicie un proceso de sensibilización y que los gobiernos locales incluyan la temática de la violencia como parte de la agenda gubernamental.

Ya en la década de los 90 la participación de los movimientos de mujeres cargados ya de mayores fundamentos y fuerza marcaron hitos trascendentales, logrando denunciar la magnitud del problema y sensibilizar a la población, logrando promocionar la temática como un asunto de derechos humanos y destacando a la violencia como un obstáculo para el desarrollo de las mujeres y

la sociedad, estas declaraciones de esta década fue asumida plenamente por los organismos de Naciones Unidas en la implementación de sus políticas.²⁴

“En cada país que se gran realizado estudios en gran escala, los resultados indican que entre el 16 y el 52 por ciento de las mujeres han sido agredidas por un compañero íntimo” .²⁵

4.3. Según el ISIS internacional

“Una encuesta realizada en Quito por el Centro de Planificación y Estudios (CEPLAES), señala que el 60 por ciento de las mujeres eran o habían sido golpeadas por sus esposos o convivientes. De entre ellas, un 37,3 por ciento era maltratada frecuentemente; el 25 por ciento sufría agresiones "a veces" y el 35,6 por ciento era agredida "rara vez". Según el Informe Estadístico N° 9 de la Fundación María Guare de Guayaquil, entre octubre de 1996 y abril de 1997 se denunciaron 6.153 casos de agresión intrafamiliar en la Comisaría de la Mujer y la Familia de esa ciudad. Un 92,72 por ciento de las víctimas son mujeres, de las cuales un 53,39 por ciento mantiene una relación marital de siete años o más. La agresión se da en un 88,97 por ciento en el hogar. En un 74,90 por ciento la agredida es quien hace la denuncia”.²⁶

4.4. Según datos de OPS

“Entre el 10% y un 50% de las mujeres han sufrido en algún momento de sus vidas un acto de violencia física realizado por su pareja. Según Amnistía Internacional una de cada tres mujeres ha sido golpeada, obligada a mantener relaciones sexuales o sometidas a algún otro tipo de abuso en su vida y por lo general el autor de estos abusos es un familiar o un conocido”²⁷.

²⁴ ISIS Internacional, para UNIFEM Latinoamérica, “informe sobre violencia contra las mujeres en Latino América y el Caribe” Balance de una década UNIFEM 1990 - 200

²⁵ Cabildo por las mujeres “*Erradicación de la violencia contra la mujer*” Cuenca Noviembre 25 del 2006 (información tomada de los documentos de la unidad de salud de la mujer de la OMS, junio 1998 del la CEPAL, junio 2002, del CONAMU, mujeres y hombres del Ecuador Cifras noviembre del 2005)

²⁶ Pagina Web de Isis Internacional, www.isis.cl/temas/vi/catalog/present.htm

²⁷ Ilustre Municipalidad de Cuenca, *Primer plan Cantonal para el fortalecimiento del derecho a una vida libre de violencia intrafamiliar*, 2004 – 2007.

“El 33% de las mujeres de la región han sufrido abuso sexual y el 45 % han reportado amenazas por parte de su pareja, el 70% de las mujeres que son víctimas de asesinatos, muriendo en manos de su compañero”²⁸

Las violaciones y la violencia doméstica aparecen como una causa significativa de discapacidad, no solo en cuanto a los problemas físicos sino también a una discapacidad psicológica, que permite que la violencia continúe su círculo pudiendo llegar a ocasionar la muerte,

Las consecuencias del abuso físico, pueden ser heridas, hematomas fracturas, pérdidas de la capacidad auditiva, enfermedades de transmisión sexual, abortos etc.

Las mujeres blanco de la violencia pueden presentar una autoestima baja que afecta directamente en su comportamiento, su productividad en el trabajo, su habilidad de protegerse, y de denunciar sus casos.

La violencia implica un alto costo económico y social para el Estado y la sociedad, pudiendo convertirse en una barrera para el desarrollo económico de una nación.

4.5. Porcentaje de mujeres que refieren haber sido víctimas de violencia²⁹.

| TIPO DE VIOLENCIA (De enero a junio de cada año) | | | | | | | | | | |
|--|--------------|---------------|--------------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|
| TIPO DE VIOLENCIA | 2000 | | 2001 | | 2002 | | 2003 | | 2004 | |
| | Número | % | Número | % | Número | % | Número | % | Número | % |
| Física | 923 | 87.0% | 702 | 65.1% | 279 | 49.1% | 354 | 49.9% | 291 | 55.7% |
| Sexual | 96 | 9.0% | 317 | 29.4% | 211 | 37.1% | 254 | 35.8% | 138 | 26.4% |
| Psicológica | 42 | 4.0% | 59 | 5.5% | 78 | 13.7% | 101 | 14.2% | 93 | 17.8% |
| Total | 1.061 | 100.0% | 1.078 | 100.0% | 568 | 100.0% | 709 | 100.0% | 522 | 100.0% |

Fuente: Oficina de Defensa de los Derechos de la Mujer y la Familia, ODMU-Pichincha.

En esta tabla se refleja el porcentaje según el tipo de violencia sufrido por las mujeres. Podemos ver que con mayor frecuencia el tipo de violencia con mayor

²⁸ Datos recolectados de la “Red Interinstitucional de atención y prevención de la violencia intrafamiliar”.

²⁹ Cabildo por las mujeres “Erradicación de la violencia contra la mujer” Cuenca Noviembre 25 del 2006 (información tomada de los documentos de la unidad de salud de la mujer de la OMS, junio 1998 del la CEPAL, junio 2002, del CONAMU, mujeres y hombres del Ecuador Cifras noviembre del 2005)

numero de denuncias es el físico con un porcentaje entre 50 y 80%, seguido de esta tenemos la violencia sexual que varia su porcentaje según los años entre 10 y 27 % y finalmente encontramos la violencia psicológica con un porcentaje que fluctúa entre 4 y 17%, es claro que este tipo de violencia al ser la menos visible tienen menor cantidad de denuncias.

En las comisarías de la mujer de todo el Ecuador se han receptado 49.032 denuncias en el año 1999; en el año 2000 se receptan 51.323 en el año 2001 se encuentran 48.964 denuncias, en el año 2002 se encuentra registradas 40.144 y en el 2003 hay 49.146 denuncias receptadas. Estos datos han sido recopilados de la dirección nacional de género del ministerio de gobierno.

En la comisaría de la mujer y la familia en cuenca en los años 2004 al 2006 se encuentran:

| DENUNCIAS RECEPTADAS POR LAS COMISARIAS DE LA MUJER Y LA FAMILIA DESDE EL AÑO 2002 HASTA 2006 | | | |
|--|--------------------------|-------------|--------------------------|
| AÑO | Comisaría Primera | AÑO | Comisaría Segunda |
| | | | |
| 2004 | 857 | 2004 | 1096 |
| 2005 | 1015 | 2005 | 897 |
| 2006 | 1061 | 2006 | 1394 |
| | | | |
| SUBTOTAL | 2933 | | 3387 |
| TOTAL | 6320 | | |

Fuente: Comisarías de la mujer y la familia

4.6. Porcentaje de denuncias por sexo, edad, estado civil

4.6.1. Porcentaje por sexo:

| ATENCIÓN A VICTIMAS DE VIOLENCIA DOMESTICA EN LA COORPORACIÓN MUJER A MUJER | | | |
|---|-------------|-------------|-----------|
| | | | |
| AÑO 2005 | | | |
| | | | |
| MES | NUMERO | SEXO | |
| | | FEMENINO | MASCULINO |
| Enero | 127 | 116 | 11 |
| Febrero | 85 | 56 | 9 |
| Marzo | 121 | 113 | 8 |
| Abril | 89 | 82 | 7 |
| Mayo | 93 | 87 | 6 |
| Junio | 116 | 113 | 3 |
| Julio | 91 | 86 | 5 |
| Agosto | 106 | 94 | 12 |
| Septiembre | 85 | 80 | 5 |
| Octubre | 110 | 100 | 10 |
| Noviembre | 87 | 80 | 7 |
| Diciembre | 94 | 88 | 6 |
| TOTAL | 1184 | 1095 | 89 |

Fuente: Corporación mujer a mujer

Podemos ver que la mayoría de las denuncias son realizadas por las mujeres, este dato no significa que los hombres no sean víctimas de violencia intrafamiliar sino que en la mayoría de los casos la mujer es la más vulnerable ante esta problemática. Encontramos que el 92% de las denunciadas son mujeres y el 7.5% son hombres.

4.6.2. Porcentaje por edad, estado civil, tipo de violencia y frecuencia:

CUADRO 1

| DENUNCIAS RECEPTADAS EN LA COMISARIA DE LA MUJER | | | | | | | |
|--|------------|--------------|-------------|-------------------|-------------|-------------|-------------|
| POR LAS PROFESIONALES DE LA COORPORACIÓN MUJER A MUJER | | | | | | | |
| AÑO 2005 | | | | | | | |
| EDAD | CASOS | ESTADO CIVIL | CASOS | TIPO DE VIOLENCIA | CASOS | TRAMITES | CASOS |
| 15 - 19 | 50 | | | | | | |
| 20 - 24 | 152 | Soltera | 203 | Física | 1104 | Primera vez | 827 |
| 25 - 30 | 145 | | | | | | |
| 31 - 40 | 253 | Divorciada | 100 | | | | |
| 41 - 50 | 126 | | | Psicológica | 1256 | | |
| 51 - 60 | 66 | Unión libre | 213 | | | Ampliación | 429 |
| 61 - 70 | 25 | | | | | | |
| 71 - 80 | 6 | Casada | 714 | Sexual | 140 | | |
| 81 - 90 | 3 | | | | | | |
| 91 - 100 | 1 | Viuda | 26 | | | | |
| TOTAL | 827 | | 1256 | | 2500 | | 1256 |

Fuente: Corporación mujer a mujer

Los datos del cuadro 1 fueron recopilados en la ciudad de Cuenca, en la corporación mujer a mujer, quienes trabajan en coordinación con las comisarías de la mujer, en la recolección se pudo encontrar que en el año 2005 se atiende 1256 casos el 6% equivale a mujeres entre los 15 y los 19 años el 18,3% entre 20 y 24 el 17,5% entre 25 y 30 años, el 30,5 % a mujeres entre 31 y 40 años el 15,2% a mujeres entre 41 y 50 el 7,9% pertenece a mujeres entre 51 y 60 años el 3% de 61 a 70 y el restante se reparte entre los 71 años y los 100. En cuanto al estado civil encontramos que el 16.16% de las mujeres solteras son agredidas el 7,9% son mujeres divorciadas el 16,9% conviven en unión libre el 2% son viudas y el 56,8% son casadas. El tipo de violencia más frecuente es la violencia psicológica que en la muestra es el 100% la física se da un 87,8% y la sexual el 11,1% en cuanto a los tramites que se realizan el 65,8% es por primera vez y el 34,1% piden ampliaciones de las medidas de protección.

En los datos obtenidos podemos notar que la mayor incidencia de denuncias se encuentra en las mujeres de entre 30 y 40 años de edad, de estado civil casadas, sienten el tipo de violencia más denunciado la violencia psicológica seguida de la violencia física y por lo general las mujeres ya han hecho una denuncia en años anteriores y solo piden ampliaciones en cuanto a las medidas de amparo.

4.6.3. Servicios existentes para atención:

La ciudad de Cuenca cuenta con varios centros de apoyo a la mujer en los casos de violencia entre ellos tenemos:

- La comisaría de la Mujer y la Familia. – esta entidad tiene como objetivo receptar las denuncias por parte de los agredidos/os con el objetivo de brindarles medidas de protección frente a su problemática, mediando entre la víctima y el agresor.
- Línea telefónica de emergencia.- este servicio busca prestar un apoyo emergente a las mujeres que han sido abusadas física, sexual o psicológicamente, con el objetivo de brindarle a la mujer un medio al

alcance para pedir apoyo en el momento en que sienta que está en riesgo. La línea telefónica de apoyo busca ser un puente de un entre las organizaciones que trabajan la violencia intrafamiliar brindando mayor apoyo en la búsqueda de la seguridad de la mujer.

Entre los servicios de atención integral tenemos:

- Casa de acogida.- brinda un servicio integral a la mujer y sus hijos sobrevivientes de la violencia, esta casa brinda acogida, alimentación y protección a mujeres y sus hijos que se encuentran huyendo de la violencia además brinda apoyo psicológico y social. Es parte de la red de violencia intrafamiliar en cuenca
- Corporación Mujer a Mujer.- Brinda un servicio integral a las mujeres desde apoyo legal, psicológico y social apoyando a la mujer en todo el proceso que implica la denuncia y el enfrentamiento de la violencia. Son parte de la RED VIF

Servicios de salud que prestan atención:

- Clínica humanitaria.- en esta clínica se busca apoyar a la mujer en cuanto a la solución en cuanto la salud de ellas y sus hijos causado por la violencia
- Centros de salud municipales.- en estos centros al ser parte de la red de violencia intrafamiliar buscan brindar un apoyo de manera gratuita a las mujeres en la solución de las enfermedades que provoca la violencia
- Hospital "Vicente Corral Moscoso".- desde el servicio de trabajo social el hospital se encuentra en constante contacto con la RED VIF para cuidar el bienestar de las mujeres.

**4.7. DATOS ESTADÍSTICOS RECOLECTADOS DEL INFORME
FINAL DE LA ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD
MATERNO INFANTIL (Azuay)**

**AZUAY : MUJERES QUE DURANTE SU NIÑEZ O ADOLESCENCIA
(ANTES DE LOS 15 AÑOS),
VIERON A SUS PADRES, PADRASTROS O MADRASTARAS MALTRATARSE
FÍSICA O PSICOLÓGICAMENTE
SEGÚN CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS
Mujeres de 15 a 49 años de edad (porcentajes)**

| CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS | TIPO DE MALTRATO | | | Nº de casos |
|----------------------------------|------------------|-------------|-------------------------|-------------|
| | Físico | Psicológico | Algún tipo de violencia | |
| TOTAL | 37.6 | 42 | 43.8 | 560 |
| Edad actual en años | | | | |
| 15 - 19 | 30.5 | 37.0 | 37.7 | 87 |
| 20 - 24 | 36.6 | 41.2 | 42.5 | 110 |
| 25 - 29 | 33.9 | 42.0 | 46.4 | 84 |
| 30 - 34 | 46.3 | 46.3 | 49.1 | 97 |
| 35 - 39 | 35.0 | 41.2 | 41.2 | 67 |
| 40 - 44 | 47.6 | 50.5 | 50.5 | 69 |
| 45 - 49 | 36.0 | 37.3 | 41.3 | 46 |
| Nivel de instrucción | | | | |
| Ninguno/primaria | 43.2 | 44.3 | 44.7 | 329 |
| Secundario/superior | 30.2 | 39.1 | 42.6 | 231 |
| Quintil Económico | | | | |
| 1 (más pobre) | 37.1 | 39.3 | 39.3 | 95 |
| 2 | 39.6 | 41.0 | 41.7 | 102 |
| 3 (intermedio) | 40.5 | 46.6 | 47.9 | 112 |
| 4 | 36.6 | 38.2 | 41.9 | 137 |
| 5 (más rico) | 34.2 | 45.4 | 48.0 | 114 |

CUADRO 2

Fuente: CEPAR, ENDEMAIN 2004

**AZUAY : MUJERES QUE DURANTE SU NIÑEZ O ADOLESCENCIA
(ANTES DE LOS 15 AÑOS),
SUFRIERON MALTRATO FÍSICO O PSICOLÓGICO
SEGÚN CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS
Mujeres de 15 a 49 años de edad (porcentajes)**

| CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS | TIPO DE MALTRATO | | | |
|-------------------------------|------------------|-------------|-------------------------|-------------|
| | Físico | Psicológico | Algún tipo de violencia | Nº de casos |
| TOTAL | 32.1 | 29.2 | 36.4 | 560 |
| Edad actual en años | | | | |
| 15 - 19 | 26 | 27.3 | 31.2 | 87 |
| 20 - 24 | 30.7 | 31.4 | 36.6 | 110 |
| 25 - 29 | 20.5 | 22.3 | 28.6 | 84 |
| 30 - 34 | 30.6 | 19.4 | 32.4 | 97 |
| 35 - 39 | 31.3 | 23.8 | 35 | 67 |
| 40 - 44 | 53.4 | 47.6 | 53.4 | 69 |
| 45 - 49 | 38.7 | 33.3 | 42.7 | 46 |
| Nivel de instrucción | | | | |
| Ninguno/primaria | 34.9 | 32.7 | 38.3 | 329 |
| Secundario/superior | 28.4 | 24.6 | 34 | 231 |
| Quintil Económico | | | | |
| 1 (más pobre) | 31.4 | 27.1 | 33.6 | 95 |
| 2 | 36.1 | 34.7 | 41 | 102 |
| 3 (intermedio) | 35 | 30.1 | 39.9 | 112 |
| 4 | 28.5 | 27.4 | 34.9 | 137 |
| 5 (más rico) | 30.3 | 27 | 33.6 | 114 |

CUADRO 3

Fuente: CEPAR, ENDEMAIN 2004

**AZUAY : MUJERES QUE EN LOS ULTIMOS 12 MESES HAN SUFRIDO MALTRATO
POR PARTE DE,
SU PAREJA O EXPAREJA, POR TIPO DE MALTRATO
SEGÚN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS**
Mujeres de 15 a 49 años que tienen o han tenido en los últimos meses esposo
compañero, novio o enamorado (porcentaje)

| CARACTERISTICAS SELECCIONADAS | TIPO DE MALTRATO | | | |
|-------------------------------|------------------|-------------|-------------------------|-------------|
| | Físico | Psicológico | Algún tipo de violencia | Nº de casos |
| TOTAL | 7.2 | 11.4 | 3.1 | 401 |
| Edad actual en años | | | | |
| 15 - 24 | 10.2 | 14.8 | 5.6 | 84 |
| 25 - 29 | 6.2 | 7.4 | 1.2 | 68 |
| 30 - 34 | 7.4 | 6.3 | 2.1 | 87 |
| 35 - 39 | 8.8 | 13.2 | 5.9 | 59 |
| 40 - 44 | 3.1 | 12.2 | 2 | 65 |
| 45 - 49 | 8.2 | 14.8 | 1.6 | 38 |
| Nivel de instrucción | | | | |
| Ninguno/primaria | 7.8 | 10.1 | 2.9 | 256 |
| Secundario/superior | 6 | 13.9 | 3.6 | 136 |
| Quintil Económico | | | | |
| 1 (más pobre) | 10.2 | 13.6 | 5.7 | 68 |
| 2 | 10.7 | 10.7 | 2.7 | 82 |
| 3 (intermedio) | 6.1 | 16.2 | 3 | 75 |
| 4 | 5.3 | 7.9 | 2.6 | 97 |
| 5 (más rico) | 4.1 | 9.2 | 2.0 | 79 |

CUADRO 4

Fuente: CEPAR, ENDEMAIN 2004

CUADRO 5
AZUAY : ACTOS ESPECIFICOS DE VIOLENCIA RECIBIDOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES
SEGÚN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS
Mujeres de 15 a 49 años de edad algunas vez casadas o unidas (porcentaje)

| CARACTERISTICAS SELECCIONADAS | Violencia Física | ACTOS ESPECIFICOS | | | | | No de casos |
|-------------------------------|------------------|---------------------------------|----------------------------------|-----------|----------------|-------------------------|-------------|
| | | Le empujó, sacudió o lanzó algo | Le abofeteó o le torció el brazo | Le golpeó | Le dio patadas | Le amenazó con cuchillo | |
| TOTAL | 7.2 | 4.9 | 3.5 | 3.9 | 3.3 | 1.8 | 401 |

Edad actual en años

| 15 - 24 | 10.2 | 4.6 | 6.5 | 3.7 | 4.6 | 3.7 | 84.0 |
|----------------|------|-----|-----|-----|-----|-----|------|
| 25 - 29 | 6.2 | 3.7 | 2.5 | 4.9 | 2.5 | 2.5 | 68.0 |
| 30 - 34 | 7.4 | 6.3 | 4.2 | 6.3 | 3.2 | 0.0 | 87.0 |
| 35 - 39 | 8.8 | 7.4 | 1.5 | 2.9 | 2.9 | 1.5 | 59.0 |
| 40 - 44 | 3.1 | 3.1 | 3.1 | 3.1 | 2.0 | 0.0 | 65.0 |
| 45 - 49 | 8.2 | 4.9 | 1.6 | 1.6 | 4.9 | 3.3 | 38.0 |

Nivel de instrucción

| Ninguno/primaria | 7.8 | 5.8 | 4.3 | 4.6 | 4.1 | 1.4 | 265.0 |
|---------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|
| Secundario/superior | 6.0 | 3.0 | 1.8 | 2.4 | 1.8 | 2.4 | 136.0 |

Quintil Económico

| 1 (más pobre) | 10.2 | 5.7 | 5.7 | 5.7 | 8.0 | 3.4 | 68.0 |
|----------------|------|-----|-----|-----|-----|-----|------|
| 2 | 10.7 | 8.0 | 7.1 | 8.0 | 6.3 | 3.6 | 82.0 |
| 3 (intermedio) | 6.1 | 5.1 | 2.0 | 3.0 | 1.0 | 0.0 | 75.0 |
| 4 | 5.3 | 1.8 | 2.6 | 2.6 | 0.9 | 1.8 | 97.0 |
| 5 (más rico) | 4.1 | 4.1 | 0.0 | 0.0 | 1.0 | 0.0 | 79.0 |

Fuente: CEPAR,
 ENDEMAIN 2004

**AZUAY : MUJERES VIOLADAS CON O SIN
PENETRACIÓN
SEGÚN EDAD Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN
Mujeres de 15 a 49 años de edad (Porcentaje)**

| EDAD Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN | Alguna violencia sexual | Con penetración | Sin penetración | Ambos | No de Casos |
|-----------------------------|-------------------------|-----------------|-----------------|-------|-------------|
| TOTAL | 13.6 | 9.4 | 6.2 | 2 | 560 |

Edad Actual (años)

| | | | | | |
|---------|------|------|-----|-----|-----|
| 15 - 24 | 13.7 | 10.1 | 5.9 | 2.3 | 197 |
| 25 - 29 | 15.2 | 8 | 8.9 | 1.8 | 84 |
| 30 - 34 | 7.4 | 6.5 | 2.8 | 1.9 | 97 |
| 35 - 39 | 12.5 | 7.5 | 7.5 | 2.5 | 67 |
| 40 - 44 | 13.6 | 9.7 | 5.8 | 1.9 | 69 |
| 45 - 49 | 21.3 | 14.7 | 8 | 1.3 | 46 |

Nivel de instrucción

| | | | | | |
|---------------------|------|-----|-----|-----|-----|
| Ninguno/primaria | 12.5 | 9.4 | 5.1 | 2 | 329 |
| Secundario/superior | 15.1 | 9.5 | 7.7 | 2.1 | 231 |

CUADRO 6

Fuente: CEPAR, ENDEMAIN 2004

5. Ruta Crítica de la violencia intrafamiliar

El ilustrar y analizar lo que piensan y hacen las mujeres afectadas por la violencia es una situación muy difícil, solo recorriendo su mismo camino se podría lograr entender al menos un poco de lo que ellas caminan y lo difícil que puede ser ese camino, sin embargo no es suficiente. Mucha gente cree que las mujeres que son agredidas se quedan en ese ambiente hostil por que “les gusta”, pero es claro que al igual que a nosotros a ellas tampoco les gusta ser agredidas “solo recorriendo su ruta es posible conocer que decisiones toman

para intentar resolver la violencia intrafamiliar, así como los mecanismos a los que recurren para poner en práctica tales decisiones.”³⁰

El maltrato al cual es sometida la mujer por lo general está combinado entre psicológico, físico, sexual y patrimonial, por lo general la violencia sexual y patrimonial son las menos visibles para ellas por todos los imaginarios culturales que no les permite ver ese tipo de agresiones.

La violencia se da en diferentes ámbitos pero muchas mujeres manifiesta que lo peor es cuando esto sucede en la calle, por que son calumniadas y humilladas frente a miles de personas que son incapaces de defenderlas o si las defienden ellas deben rehusar a dicha ayuda por que saben que luego en sus casas serán peores las agresiones.

Muchas de las mujeres que han sido acogidas en la Casa María Amor comentan que por lo general la huellas las dejan por debajo de la ropa donde nadie pueda verlas, por que ellos ante el resto del mundo son grandes hombres, gentiles, colaboradores, cariñosos, pero en casa son unos monstruos. Todas estas agresiones provocan miles de problemas físicos en las mujeres como abortos lesiones en sus miembros inferiores, o en la cara, pero en el momento que asisten a una casa de salud ellas no pueden avisar lo que les ha sucedido por que ahí está él “muy preocupado” y asustado por el “accidente” de su pareja. Es muy común que la violencia física este estrechamente ligada con la violencia psicológica ya que el hombre mientras la agrede usa muchas connotaciones sexuales humillantes desvalorizando el cuerpo de la mujer, su imagen su presencia, etc. En muchos de los casos el hombre amenaza a la mujer con quitarle a sus hijos, situación que aunque no sea real las atemoriza y persuade para que ellas continúan guardando el silencio e incluso las obligan a pedir perdón después de haber sido agredidas ya que el agresor las ha convencido de su mal comportamiento y la culpa que tienen de que ellos “pierdan el control”

³⁰ OPS, Violencia contra las mujeres “ruta crítica en el Ecuador” Quito – Ecuador 1999

Es claro que la ruta crítica de las mujeres es muy dura y es aún más duro salir de ella. Por lo general los hombres utilizan diversos mecanismos para tener relaciones sexuales con ellas, incluso llegando a obligarlas pero por los imaginarios impuestos por la sociedad les es casi imposible denunciar a sus esposos por violación ya que se ha visto a estas relaciones como obligaciones relacionadas con el rol de género dentro de la pareja.

La violencia no solo se ve reflejada en las agresiones físicas sino también en cuanto a la distribución de los recursos económicos de la casa donde por lo general las mujeres si trabajan deben entregarlo todo al hombre y si no lo hacen él rara vez les da algo para ayudarles con la alimentación de los niños convirtiéndose ellos en testigos y víctimas de la violencia.

Muchas otras cosas podemos hablar sobre la ruta que las mujeres deben seguir pero lo más difícil es entender que el no buscar otro camino no implica únicamente un querer sino un poder hacerlo, sabiendo que todo esto encuentra y son ellas las que tienen entre 3 y 7 hijos a cuestas³¹.

Las mujeres que logran salir llevan consigo muchas secuelas de las agresiones sean estas físicas o psicológicas y otras logran salir pero no de la mejor manera como podemos constatar en el siguiente testimonio:

“Rosa (45 años) con tres hijos a cuesta soñaba constantemente con ser libre y poder hacer un viaje donde lograría darles todo a sus hijos. Ingreso a la casa de Acogida un 20 de febrero del 2006 solicitando ayuda y protección para ella y sus hijos por que su pareja los maltrataba constantemente. Después de 6 meses de acompañamiento desarrollo otras formas de relacionarse, y se convirtió en una promotora de la no violencia.

Luego de varias promesas de su marido y de que era lo “mejor para los hijos” regresó con él, donde reinició una vida de violencia ya no solo con ella sino también con sus hijos. Ahora Rosa intentó volver a salir de la casa enfrentando

³¹ OPS, Violencia contra las mujeres “ruta critica en el Ecuador” Quito – Ecuador 1999

más temores como *“la vergüenza que sentía por que creía que ya nadie le iba a apoyar por haberse equivocado”*.

Estudios realizados por amnistía internacional³² en España demuestra que una vez que las mujeres hacen su primera denuncia por maltrato se exponen aun más al peligro.

Los hombres viéndose expuestos ante una sociedad que les baña de un poder que los inmuniza de todo, pierden el control y empiezan a buscar desesperadamente a sus mujeres para darles su merecido por la vergüenza que les han hecho pasar, y para poder encontrarlas utilizan cualquier arma que este a su mano incluso el llanto por que en ese momento si se les permite llorar y ser débiles, sin darnos cuenta que son lobos disfrazados de ovejas.

En una carta de Rosa dice *“como puede ser que el hombre que te juró amor un día puede hacerte algo tan cruel”*. Ella nunca sabrá la respuesta el 12 de Diciembre del 2006 su esposo la mato a cuchilladas en medio de la calle a plena luz del día junto a su hija de 7 años que buscaba desesperadamente ayuda, mientras muchos alrededor veían los insultos, “ pero como era su esposo tenía derecho de hacerlo” ,

6. Enfoque legal sobre la violencia

“La región de las América se ha convertido en una de las regiones con mayor progreso en el ámbito legislativo para enfrentar la violencia intrafamiliar”³³

En el Ecuador la legislación contra la violencia intrafamiliar, con su nombre jurídico “Ley contra la violencia a la mujer y a la familia” # 839 dictada en noviembre de 1995 la cual fue ratificada en el mismo año. Esta ley busca generar

³² Amnistía Internacional 8 de marzo del 2007 video promocional por el día internacional de las mujeres

³³ Acuiro, David, OPS, división de salud y desarrollo humano, *“Para vivir sin violencia: dimensiones del problema, compromisos de solución”* Programa mujer, salud y desarrollo, Washington, D.C., Noviembre 1999

medidas de protección a las víctimas de violencia intrafamiliar. Teniendo como medidas cautelares:

Capítulo II:

Medidas de Amparo.

Art.-13

- a) Boleta de auxilio
- b) Salida del agresor de la vivienda
- c) Imposición al agresor de acercarse a la agredida en su lugar de trabajo o de estudio.
- d) Prohibir o restringir al agresor el acceso del agresor a la persona violentada
- e) Evitar que el agresor, por sí mismo o por medio de terceras personas, realice actos de persecución o intimidación a la víctima o algún miembro de la familia
- f) Reintegro al domicilio a la persona agredida disponiendo la salida simultánea del agresor
- g) Otorgar la custodia de la víctima menor de edad o incapaz a personas idóneas siguiendo lo dispuesto por el artículo No 107, regla 6ta del código civil u la disposición del código de menores.
- h) Ordenar el tratamiento al que deben someterse las partes y los hijos menores de edad si fuere el caso

Esta ley sanciona a los agresores con

Capítulo II:

Procedimiento especial, juzgamiento ante los jueces de familia

Art. 33, 34, 35,36:

- a) Pago de indemnización por daños y perjuicios
- b) Seguimiento por la complejidad del caso
- c) Fijación de pensiones
- d) Causal de divorcio de acuerdo con la gravedad de los resultados
- e) Reposición de bienes

f) Trabajo en redes de apoyo comunitario del Ministerio de Bienestar Social
Entre otros elementos de la norma se hace una citación y una audiencia de conciliación hasta 8 días de la fecha citada donde se tratan los siguientes temas, contemplados en:

Capitulo II:

Del procedimiento especial de juzgamiento ante los jueces de la familia.

Art.- 28, 29,30:

- a) Alimentos
- b) Tenencia y visita de los hijos
- c) Situación de los bienes
- d) Reparación de daños materiales
- e) Utilización de herramientas de trabajo de uso común
- f) Indemnización de la víctima

CAPITULO II



“Ahora que miedo inútil, qué vergüenza

No tener oración para morder,

No tener fe para clavar las uñas,

No tener nada más que la noche,

Saber que Dios se muere, se resbala

Saber que Dios retrocede con los brazos cerrados,

Como un campanario atrozmente en ruinas

Que desandaré siglos de ceniza”

Mario Benedetti (Ausencia de Dios)

CONCEPCIONES TEÓRICAS SOBRE INTERVENCIÓN EN CRISIS

2.1. Concepto de crisis

Las crisis son muy comunes en todos los momentos de la vida ya que estamos sometidos a constantes cambios, la crisis es un estilo especial de tensión, se da por después de que un suceso acontece súbitamente, sin un aviso y con una gran intensidad obligando al individuo a adaptarse, donde buscará la manera de regular las reacciones que pueden acontecer, para poder manejar la situación, es importante destacar que una crisis es un evento inesperado para el cual nadie está preparado/a por lo que muchos de los intentos de manejar lo acontecido no son efectivos, por lo que regularmente no se actúa apropiadamente.

Es muy común que en el momento de la crisis hayan reacciones muy variadas que a su vez son absolutamente normales ya que son provocadas por la situación que está viviendo en ese momento.

Debemos destacar que las crisis en la vida pueden darse por dos razones básicas como lo manifiestan muchos autores, primero las crisis que naturales que se encuentran entorno al desarrollo natural de las personas, es importante

destacar que cada cambio de la vida provoca un estado de crisis, por que todo cambio implica la necesidad de adaptarse y manejar situaciones intolerables, como por ejemplo en la adolescencia el niño añora ser adulto pero cuando lo es extraña ser niño y volver a tener la protección de sus padres provocándole una crisis a lo cual lentamente se irá adaptando y madurando frente a dicho cambio.

La crisis se caracteriza por ser un estado pasajero y que implica una emergencia donde el cuerpo y la mente debe actuar de inmediato y es por este motivo que las personas que pasan una crisis pierden el control, no logran utilizar todas sus habilidades ni responder de una manera adecuada y en muchos de los casos esta mala resolución del conflicto emergente, llevará a la persona a mantener estados de crisis continuos donde haya momentos de llanto constante agresividad problemas de insomnio, angustia, tristeza, miedo perdida del apetito, etc.

Comúnmente las personas que enfrentan una crisis sea esta circunstancial o no se muestran ante el mundo como que incapaces e inútiles de seguir adelante o de poder reiniciar su vida de una manera normal. Es así como llegamos a ver que desde las ciencias orientales y su simbología nos dicen que la crisis implica una parte de PELIGRO y otra donde hay OPORTUNIDAD, como nos explica Brenson Gilberto en su libro trauma psicosocial. “el peligro está en las relaciones distorsionadas que pueden tener las personas frente a la tragedia; la oportunidad está en el crecimiento personal y en el fortalecimiento de los lazos familiares y sociales”³⁴

La violencia y en especial la violencia intrafamiliar provoca estados de crisis similares a las personas que se enfrentan estados de crisis causados por desastres naturales, sabemos de antemano que una persona que presenta una crisis causada por la explosión volcánica es muy fuerte, tiene miedo a volver al

³⁴Brenson G. “trauma Psico – social” Editorial Psicología Neohumanista, Colombia 1990

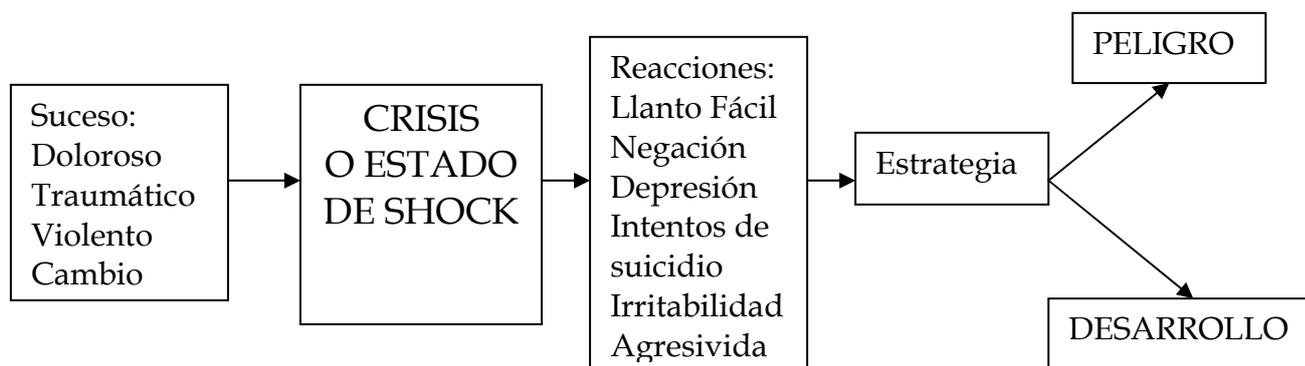
lugar del siniestro, se le hace muy difícil volver a su casa por la angustia que le provoca el someterse nuevamente al ambiente hostil que le causó la crisis en muchas de estas personas los efectos de la crisis se agudizan y necesitan más que una terapia breve.

En las mujeres violentadas ya sea por su familia de origen, por sus hermanos, por su pareja o por sus hijos, presentan estados de crisis sin embargo muchas de estas mujeres no las hacen explícitas, por que como hemos dicho anteriormente el estado de crisis es temporal, sin embargo muchas de estas sobreviviente a acumulado por muchos años y de manera constante estados de crisis temporal que no les ha quedado más que callarse y buscar la manera de sobrevivir.

En la casa de acogida Maria Amor se ha recibido a muchas mujeres que salen de sus casas como un acto desesperado de salvar sus vidas o la de sus hijos llegando a solicitar la ayuda en un profundo estado de crisis, sumado a muchas crisis agudas mantenida durante mucho tiempo, el cual requiere una atención integral que le permita saber a la mujer que es comprendida y aceptada y ayudarle a que al menos la crisis que presenta al momento le ayude para reconocerse como persona con derechos buscando que ella encuentre la manera de fortalecerse y dar un paso hacia el crecimiento personal y no quedarse estancada con todos los pensamientos negativos que en cada momento le llevan a deprimirse más.

Me parece de suma importancia el comprender que es lo que pasa en el momento de la crisis, para luego poder entender con mayor claridad sus fases:

CUADRO 1



Es así como un estímulo, sea este positivo o negativo, desarrolla un estado de crisis o de shock dependiendo su intensidad y el momento en el que se presenta, en el momento que se presenta esta crisis el sujeto reacciona de una manera que a vista de cualquier persona que no está pasando por la crisis parece inadecuada sin embargo sus estrategias de adaptación serán de gran ayuda en el momento de escoger el camino hacia el cambio y hacia la derrota del individuo.

Esta breve explicación nos ayuda para poder entender de una manera amplia lo que pasa en el momento de la crisis y más aun cuando esto sucede en las mujeres que viven violencia.

Por tanto podemos decir que la crisis nos lleva a estados temporales de alerta y desorganización personal, en cuanto a lo físico y emocional, sumado a una incapacidad del sujeto que la vive en cualquier momento de la vida. En las mujeres que atraviesan por hogares caracterizados por la violencia son mujeres que atraviesan por estados de crisis parciales ya que no logran alcanzar a encontrar las estrategias adecuadas, por que el agresor se retracta antes de que ellas logren encontrar estrategias para el cambio, provocando en ellas estados de constante ansiedad y temor a expresar lo que están sintiendo acumulando paulatinamente las crisis hasta llegar a la explosión, donde es necesario una atención inmediata para la crisis y posteriormente apoyo terapéutico integral.

2.2. Fases en el proceso de crisis

La crisis es parte de nuestro ciclo vital, sabemos que cada etapa de nuestras vidas está caracterizado por una etapa de cambio, la cual nos lleva a un estado de crisis emocional, por ejemplo podemos destacar que en el momento en que los hijos abandonan el hogar para formar los propios los padres experimentan estado críticos con la sintomatología mas común de cualquier estado de crisis, sin embargo los padres y los hijos logran superar dicha etapa y logran dar un paso hacia delante dándose cuenta que seguramente en el momento exacto de la crisis sobregeneralizaron las situaciones y encuentran una mejor forma de comunicarse.

Esta claro que dicho ejemplo no nos ayuda en todos los casos, por que sabemos que como seres humanos tenemos el derecho de tomar el camino que queramos y muchos escogen el lado de la angustia, el llanto lo que no le lleva a nada al individuo, manteniéndole en un lugar de peligro que le lleva a su propia destrucción.

Como hemos dicho anteriormente la crisis es parte de la vida común de una persona y por tanto tiene que seguir un ciclo, es de valiosa importancia recalcar que las crisis que son comunes son aquellas que tienen que ver directamente con el desarrollo y los cambios naturales de un individuo, y hay otras que son provocadas por una persona o por cambios inesperados e involuntarios.

En cuanto a los cambios fisiológicos debemos saber que nuestro cuerpo siempre busca mantener un equilibrio en el que el individuo se sienta bien, es así como en el momento de una crisis todo nuestro cuerpo se prepara para enfrentar el gran peligro que se ha presentado, los neurotransmisores como la noradrenalina aumentan haciendo que nuestro sistema automático reaccione con el objetivo de defendernos en el momento critico, el sistema endocrino libera las hormonas necesarias haciendo que el cuerpo entre en un estado

especial donde el cuerpo reacciona ante cualquier dificultad de una manera asombrosa, con el objetivo de preservar la seguridad del individuo que se encuentra desequilibrado por el estado crítico.

Todas estas respuestas son únicamente reflejos innatos del cuerpo en búsqueda de preservar la vida del sujeto, ya que es importante tomar en cuenta que si el sujeto intenta saltar un muro como lo hizo en el momento de la crisis depuse de que ha pasado el peligro no lo logrará por más que lo intente varias veces.

“La autora Isabel Plaza Herranz describe las reacciones instintivas ante el peligro que podían estar dentro del las fases que posiblemente pasa un sujeto en crisis.

Sobrecogimiento: En el momento en que se produce inmoviliza y paraliza al individuo y puede durar unos minutos.

Sobresalto: Es la reacción emergente del organismo provocado por las hormonas y neurotransmisores que provocan un estado de defensa o ataque, como lo manifiesta la autora no se pierde el conocimiento pero es claro que se altera la conciencia y los sentidos se agudizan”³⁵.

Los dos tipos de crisis pasaran por cada fase pero dependerá de su tipo e intensidad para que la persona logre elaborar la crisis en cada una de las etapas que deberá atravesar.

“Según Caplan (1964) uno de los más antiguos teóricos sobre la crisis describe el inicio de la crisis como sigue:

Hay una elevación inicial de la tensión por el impacto de un suceso externo, el que inicia por lo general con respuestas comunes a “la solución del problema”.

³⁵ Cordero Cobos Lucía Cristina, Tesis previa a la obtención del título de magíster en intervención sistémica familiar “intervención en crisis a consultantes de la fundación” humanitaria Pablo Jaramillo Crespo” Universidad del Azuay, Cuenca Ecuador 2005

La falta de éxito a las respuestas a dichas soluciones de problemas, más el impacto continuo con el suceso estimulante, fomenta además el incremento de la tensión, sentimientos de trastorno e ineficiencia.

Como la tensión se incrementa, se movilizan otros recursos para la solución de problemas. En este punto la crisis puede desviarse por cualesquiera de los siguientes: reducción en la amenaza externa, éxito en las nuevas estrategias de enfrentamiento, redefinición del problema o renunciar a propósitos fijos que le resultan inasequibles.

Si ninguno de estos ocurre la tensión sube hasta un punto crucial, resultando una desorganización emocional grave”³⁶.

Si ponemos estas fases de la crisis frente a la problemática de la violencia tenemos que en el momento que inicia el ciclo de la violencia hay un aumento de la tensión provocado por los gritos insultos y humillaciones, donde la mujer busca una respuesta a “la solución del problema”, y la “solución” en esos momentos de angustia es el principio de un silencio indefinido.

Sin embargo la falta de éxito a su respuesta evitativa, sumado al impacto continuo del estímulo, incrementa la tensión y los sentimientos de inutilidad e ineficacia que por lo general el agresor alimenta con sus constantes malos tratos.

Frente al continuo estímulo aumenta aun más el impacto en la persona agredida, a lo cual el cuerpo busca nuevas formas de reacción ante la tragedia, en donde se puede orientar hacia la búsqueda de ayuda en un sistema de protección o hacer que los síntomas sean aun más fuertes y que la mujer pierda su capacidad para tomar decisiones, sintiéndose a cada momento más sola y sin razones para continuar su vida. La incapacidad de obtener una respuesta ante

³⁶ Slaikeu K. A. (1988) “Intervención en crisis” (Capítulo II pp.29). México, D.F.: Editorial El Manual Moderno

dicha crisis y sabiéndose en una ruta crítica por el temor de su integridad y la de sus hijos entra en un estado de desorganización emocional grave.

Es importante destacar que a pesar de su desorganización no siempre buscan ayuda por que se encuentran dominadas por las palabras denigrantes de su agresor.

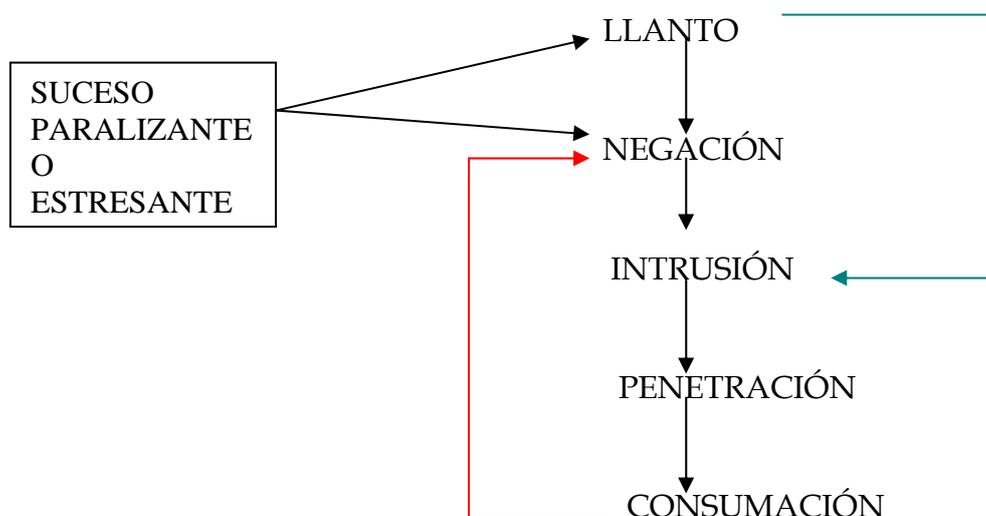
Las mujeres que logran pedir apoyo llegan en un estado de crisis profunda y absolutamente desequilibradas emocionalmente a causa de la violencia a la que han sido sometidas.

Es importante destacar que dicha desorganización y desequilibrio es absolutamente normal frente a la situación a la que han estado sometidas, sin embargo dicho estado de crisis tienen un límite de duración e intensidad, y en el momento que este pasa los límites sea en intensidad o tiempo se podría estar hablando de un estado patológico, no obstante en las mujeres sobrevivientes de violencia intrafamiliar se puede decir que experimentan estados de crisis muchas veces durante muchos años, no necesariamente atraviesan todas las etapas, en muchos de los casos se quedan en la primera y luego de que el agresor mejora su actitud, momentáneamente, la mujer sale de su estado de crisis, hasta que se vuelva a suscitar otro evento de violencia.

es importante destacar que no solo los autores mencionados hablan de las crisis, hay muchos otros como es el caso de Horowitz³⁷ quien describe reacciones ante estados de extrema tensión, muy similares a los estados de que se presentan en el momento de un cambio o una pérdida inesperada. El autor describe las diferentes etapas que un individuo atraviesa; primero el llanto, seguido de esta la negación luego pasa a un estado de intrusión mas tarde ingresa a la penetración y finaliza en la consumación. Es necesario destacar que no todas las personas que atraviesan una crisis obligatoriamente pasan por todas estas etapas como manifiesta el autor.

³⁷ Slaikeu K. A. (1988) "Intervención en crisis" (Capitulo II pp.30). México, D.F.: Editorial El Manual Moderno

CUADRO 2



En el momento que el sujeto que ha pasado por una crisis explota su ansiedad y desesperación lo expresa con llanto este lo conduce hacia un estado de negación llevando al individuo a un bloqueo y entorpecimiento emocional causado por el impacto. Horowitz plantea estas etapas dirigiéndose en especial al momento en que una persona enfrenta la pérdida de un ser querido.

Así mismo el autor plantea que no necesariamente se atraviesan todas las etapas como si fuese una secuencia inflexible.

La etapa de intrusión está determinada por una abundancia de ideas y sentimientos de dolor sobre el suceso, puede estar manifestado con pesadillas periódicas, o recuerdo de imágenes de lo que sucedió de una forma persistente. En algunos individuos la fase de negación es omitida y saltan directamente hacia esta etapa como se muestra en el gráfico anterior.

En la penetración es el momento en que se expresan, identifican y divulgan pensamiento, sentimientos e imágenes de lo sucedido. Es en este momento suele el sujeto necesitar apoyo para poder entrar en sus sentimientos, sin embargo en otras logran hacerlo de manera individual.

Finalmente se pasa por la etapa de la consumación como la denomina el autor, esta conduce al individuo que sujeto integre la crisis que paso en sus propias vivencias, para que esta etapa pueda tener un resultado satisfactorio es importante que la persona que se enfrentó a la crisis haya asimilado y enfrentado con todas las sensaciones identificadas en un primer momento. Esta claro que en caso contrario en esta fase el sujeto permanecerá en un estado de tristeza constante volviendo a un estado de negación y dando pasos hacia atrás sin superar lo vivido.

Del mismo modo lo describe Levin en 1976 este basando su teoría en los procesos de adaptación de los inmigrantes mirando que en el momento que interiorizan las experiencias y aceptan la nueva situación les permite adaptarse con mayor facilidad sin embargo si se niegan a reconocer la nueva situación caen en un proceso peligroso que lleva al sujeto a desarrollar estrategias disfuncionales que no les permite adaptarse.

“Frink, Beak y Tadeo en 1971 describen un modelo de cuatro etapas para la resolución de una crisis:

- Choque
- Retraimiento defensivo
- Reconocimiento
- Adaptación y cambio”³⁸

En el caso de la violencia la mujer que es agredida brutalmente por la persona que dice amarla se bloqueo emocionalmente y no acepta la realidad de lo que esta sucediendo

Por lo tanto podemos resumir todas estas apreciaciones dadas por los diferentes autores que han estudiado e investigado sobre los proceso que se atraviesan en

³⁸ Slaikeu K. A. (1988) “Intervención en crisis” (Capitulo II pp.31). México, D.F.: Editorial El Manual Moderno

las crisis, manifestando que no solo podemos hablar de dos vías posibles enfrentamiento de una crisis, ya que cada una estará determinada por experiencias, percepciones de la realidad, emociones y pensamientos individuales, permitiendo al sujeto un cambio para mejorar, empeorar o regresar a niveles previos de funcionamiento.

“Millar e Iscoe en 1963, trabajando con obras de Caplan (1964) lo expresan de esta manera: “Después de un periodo, la crisis pasará o se resolverá de alguna manera. Esta solución puede ser saludable o no, y se supone que el tipo de solución alcanzada, tendrá implicaciones en el funcionamiento futuro del individuo. Como resultado de una resolución satisfactoria de la crisis en la vida, se observa una personalidad más segura y altamente integrada con un incremento en la fuerza para enfrentar tensiones futuras. De hecho, el estado actual de la salud de la persona puede contemplarse como un producto de la forma en que se han resuelto una serie de crisis en el pasado”³⁹

Este concepto planteado sugiere más que una simple restauración del equilibrio personal y emocional, se va aun más lejos manifestando que el sujeto después de cada crisis vivida y resuelta satisfactoriamente o no adquiere nuevas estrategias de enfrentamiento y un dominio emocional y cognitivo en nuevas situaciones.

2.3. Características de quienes sufren una crisis

No podemos establecer un estereotipo rígido para categorizar a una persona que enfrenta una crisis, sin embargo podemos tener una idea clara de que es lo que sucede con el individuo en el momento que experimenta este período.

³⁹ Slaikeu K. A. (1988) “Intervención en crisis” (Capítulo II pp.32). México, D.F.: Editorial El Manual Moderno

Es importante recalcar que todos estamos expuestos a múltiples cambios a lo largo de la vida, que implican estados de crisis y que pueden ser del desarrollo y circunstanciales.

Las crisis del desarrollo están determinadas por los cambios en las diversas etapas del crecimiento desde la infancia hasta la senectud, sabemos que estas crisis son predecibles y pueden abordarse con anticipación por que sabemos que cada persona va a pasar por una de estas etapas, las cuales Ericsson las detalla claramente, sin embargo las crisis inesperadas o circunstanciales están caracterizadas por que no se pueden abordar con anticipación y provocan un desequilibrio emocional mayor por su inesperada aparición.

Según Ericsson las etapas psicosociales y de cambio son⁴⁰:

- Confianza frente a desconfianza (nacimiento al año de edad): está determinada según los estímulos que provienen del exterior e inicia desde los primeros cuidadores del infante.
- Autonomía frente a vergüenza y duda (del año a los tres años): adquieren el sentido de seguridad, y de control, aprenden a sentir vergüenza y a dudar si fracasan.
- Iniciativa frente a culpa (de los tres a los seis años): inician la exploración del mundo aprenden a relacionarse con el mundo que los rodea, frente a las críticas y al castigo aprenden a sentirse culpables de sus actos.
- Laboriosidad frente a inferioridad (de los seis hasta los doce años): adquieren potencialidades del mundo que los rodea, el sentido del yo se enriquece se comparan con sus pares y puede ser muy negativo las comparaciones con otros.
- Identidad frente a difusión del ego (de los 12 a los 18 años): ya ha adquirido varios roles durante su desarrollo y si no forma una identidad

⁴⁰ Grace J. Craig,y Baucum,Don “Desarrollo psicológico” octava edición Persons Educación, Mexico, 2001

central entre dos roles desarrollara dos sistemas antagónicos que le provocara una inestabilidad a lo que Ericsson llama difusión del ego.

- Intimidad frente a aislamiento (de los 18 a los 40 años): en esta etapa se establece el conflicto de los últimos años de adolescencia y los primeros de la adultez. La intimidad abarcará mucho más que la sexualidad.
- Generatividad frente a ensimismamiento (de los 40 a los 65 años): una vez resueltas las etapas anteriores hombres y mujeres se centran en el apoyo a otros.
- Integridad frente a desesperación (de los 65 años en adelante): hay una reexaminación de su vida interior y un juzgamiento de lo hecho en épocas pasadas.

Es importante manifestar cada etapa del desarrollo implicar un cambio y cada cambio trae una crisis emocional, muchos autores hablan de las etapas del desarrollo, desde diversos puntos de vista, con el objetivo de comprender la relación de los cambios físicos frente a los emocionales. Se ha tomado la descripción de Erikson para tener una idea de cada una de las etapas en las que un sujeto incursiona desde su nacimiento hasta su muerte. Estas crisis con resueltas con mayor facilidad por que estamos preparados para enfrentarlas, sin embargo no significa que son menos importantes, su resolución dependerá de los recursos personales y sociales que cada individuo tenga para enfrentarlos.

Las crisis circunstanciales son accidentales e inesperadas, se presentan de forma totalmente impredecible como por ejemplo la muerte de uno o varios familiares en un accidente, un secuestro, una violación e incluso los ataques por parte de un conyugue, son sucesos inesperados.

Una de las características fundamentales de este tipo de crisis es que tiene un detonante que posee poca o ninguna relación con los cambios en las etapas del desarrollo.

Según Slaikeu Karl las características de las crisis circunstanciales son: ⁴¹

- **Trastorno repentino:** afecta a todos sin tener un origen en el desarrollo.
- Lo inesperado: todos piensan que nunca serán testigos de una crisis inesperada por lo que no están preparadas.
- **Calidad de urgencia:** muchas de las crisis son una amenaza a la integridad física y psicológica del individuo, por lo que se presenta como urgencia lo cual requiere acciones inmediatas.
- **Impacto potencial sobre comunidades completas:** las crisis de tipo fortuito pueden afectar a más de una persona simultáneamente necesitando intervenciones con todo el grupo afectado en un tiempo corto.
- **Peligro y oportunidad:** el peligro puede ser el primer gesto de la crisis, ya que esta ha ocasionado una gran desorganización en la persona, pero que de forma simultanea él mismo buscará la forma de reorganizarse, lo cual le permitirá acceder a nuevos métodos de afrontamiento, encontrando una salida en la oportunidad de cambio y crecimiento.

Estas características están presentes en el momento de un ataque violento por parte de un conyugue, podemos decir que la primera etapa se da en el momento en que llega hombre alcoholizado o cegado por los celos a golpear a su conviviente, pero la mujer en el momento que inicio una vida con su pareja nunca imagino que le sucedería por lo que jamás estuvo preparada para recibir tales golpes. En el caso de la violencia es importante manifestar que en el momento de dicho ataque se debería brindar una atención inmediata a la mujer para ayudarla a salir del desequilibrio emocional que provocaron los maltratos, sin embargo no hay dicho apoyo y la mujer se queda bloqueada sin saber como reaccionar por temor a ser agredida nuevamente. Los efectos de este asalto caen

⁴¹ Slaikeu K. A. (1988) "Intervención en crisis" (Capitulo IV pp.73). México, D.F.: Editorial El Manual Moderno

también en los niños convirtiéndose en víctimas secundarias e indirectas de la violencia. Finalmente la mujer al no haber podido resolver la crisis opta por el camino del peligro que le lleva a justificar las agresiones por temor a ser juzgada por la familia y la sociedad.

Debemos notar que las crisis circunstanciales en la violencia doméstica representan una etapa de crisis abierta y aguda caracterizada muy comúnmente por estados de ansiedad, angustia y temor a ser agredido sin importar lo que haga o diga.

En el momento de la explosión violenta por parte del agresor, la recuperación de la mujer y el paso por las distintas fases para resolver la crisis, no siempre los límites son claros, los periodos críticos pueden variar de un día a varias semanas.

Hablamos de que los límites no son claros por que la mujer en muchos casos no ha logrado salir de una crisis provocada por el maltrato para nuevamente ingresar a otra etapa de violencia y abusada.

“Algunas investigaciones realizadas con mujeres violadas sugieren que hay una primera etapa de choque y ansiedad, una segunda donde la mujer se reintegra a su rutina diaria donde experimentará sentimientos sobre la violación en un intento de manejar la intensidad de los sentimientos; finalmente habrá una etapa de integración y resolución donde habrá la necesidad de hablar de lo sucedido. Esta última fase será crítica ya que la víctima tendrá que penetrar en sus sentimientos, desarrollara y aceptará su propia perspectiva y resolverá sus sentimientos frente al agresor”⁴²

Debemos tener en cuenta que en los casos de violaciones al igual que en los casos de violencia familiar las mujeres agredidas tardarán muchos años en

⁴² Slaikeu K. A. (1988) “Intervención en crisis” (Capitulo IV pp.81). México, D.F.: Editorial El Manual Moderno

denunciar a sus agresores y en resolver sus sentimientos frente al agresor, lo más lógico sería que una mujer que ha sido agredida salga inmediatamente y solicite ayuda, sin embargo lo ideal no es la realidad.

Es claro que las mujeres que enfrentan este tipo de crisis son mujeres que se enfrentan a una dualidad de sentimientos, por un lado odian al agresor que las maltrata, por otro lado lo aman cuando él manifiesta su arrepentimiento y promete que no lo volverá a hacer. En un momento toman la decisión de salir y por otro tienen miedo de hacerlo por que tienen varios hijos pequeños que mantener.

De la misma manera en las mujeres que han sido violadas en un momento buscan la manera de denunciar el abuso por que están cansadas de que su abuelo, tío o padre la sigan tocando, pero por otro saben que nadie las creerá y las tachará de mentirosas. Un día encontrarán la salida perfecta para huir de sus agresiones pero al siguiente se sentirán atadas por las múltiples amenazas de su violador que juega con su desequilibrio emocional.

Todas las personas que se enfrentan a una crisis circunstancial presentan características de reacción diferentes y sin embargo si son abordadas a tiempo de una manera adecuada pueden ayudar a la persona a mejorar y encontrar mejores estrategias de afrontamiento para crisis futuras.

Gilberto Brenson⁴³ Lazan en su obra trauma psicosocial, plantea que las reacciones frente a una crisis pueden ser diversas y todo dependerá de la capacidad de la capacidad de resolución del individuo, de la intensidad del trauma y de la manera como sea abordada una crisis, sea esta de forma funcional o disfuncional.

⁴³ Brenson G. "trauma Psico - social" Editorial Psicología Neohumanista, Colombia 1990

Brenson manifiesta que habrán diferentes etapas de reacción ante una crisis, la primera que se suscitará en el instante que se recibe el impacto donde el cuerpo y la psiquis responderá ante el mismo con un estado choque o bloqueo predominando en tal situación el estado de negación e incredulidad, que tendrá como función determinante el proteger y dar un tiempo a la persona para prepararse. Este estado por lo general durará muy pocas horas, sin embargo estos síntomas podrán reaparecer de un momento a otro como parte normal del proceso que el sujeto está viviendo.

Posteriormente el mismo autor habla de una segunda etapa donde se presentarán reacciones emocionales como es la:

1. Ansiedad Traumática: que se caracteriza por dejar una huella mental que deja grabados los sucesos traumáticos en la víctima, los cuales pueden tener una duración de muchos años, dependerá de la intensidad del impacto la huella que quedará impregnada en la psiquis de la persona.

En el caso de la violencia intrafamiliar las agresiones recibidas por sus parejas implica una herida profunda, que las deja marcadas durante muchos años dejándolas incapacitadas de reaccionar.

Las particularidades que se pueden presentar como síntomas más comunes pueden ser: *La interrupción del sueño, pesadillas, inquietud frecuente, irritabilidad, sentimientos de impotencia, aislamiento, desconfianza, etc.*

2. Somatización: el mismo hecho de que el cuerpo y la mente buscan defenderse de un suceso traumático la mente desplaza la angustia a síntomas físicos, a lo que llamamos *somatización*. Es muy común que las mujeres que son agredidas constantemente muy aparte de los dolores y heridas ocasionados por la violencia manifiestan muchos otros síntomas y estados asténicos relacionados a situaciones emocionales, como jaquecas, mareos, taquicardia, sofocamiento o

falta de aire (presión torácico), letárgica, insomnio, y problemas gastrointestinales que suelen ser los más comunes. Es claro recalcar que estos síntomas disminuyen al pasar la primera etapa de crisis, y no deben ser tratados farmacológicamente a menos que la salud de la persona está en peligro. Vale recalcar que en las mujeres sobrevivientes de violencia suelen mantener estos síntomas por que su situación de tensión suele ser constante mientras no salgan del círculo de violencia.

3. Desasosiego: en esta etapa según Brenson se caracteriza por reacciones de apatía, como estados de desinterés e inactividad, o estados hiperquinéticos, que son estados de agitación psicomotriz generalizado, inestabilidad, acting out, etc. También pueden presentarse estados alucinatorios que en el momento que es sujeto vive una crisis son muy normales, en esta etapa pueden incluso haber ideas suicidas por parte de la víctima en donde será de gran importancia una ayuda profesional por que pueden incluso llegar a hacer realidad sus amenazas. En las mujeres sobreviviente de violencia domestica es muy frecuente que pasen por esta etapa, viéndose acorraladas ante una situación que les resulta muy difícil de salir, sabemos que una mujer una vez que sale del círculo de violencia inicia una ruta critica donde empiezan a aparecer reacciones iniciales de la crisis aguda a la que ha estado sometida durante varios años y es cuando tienen ideas de acabar con su vida e incluso muchas lo han hecho viendo al suicidio como la única salida de ruta interminable.

4. Emotividad: esta etapa suele ser por lo general el de las reacciones emocionales las cuales son absolutamente necesarias, con el objetivo de poder sentir, reexperimentar y elaborar los sucesos críticos, buscando nuevas alternativas de crecimiento.

Por lo general las emociones no elaboradas oportunamente como sucede con las mujeres que son agredidas durante muchos años por sus parejas, por razones culturales, familiares y sociales, provocan graves problemas posteriormente.

Las emociones más comunes son la tristeza, la rabia, el miedo, la culpa que son características muy habituales en las mujeres agredidas las cuales son proyectadas en sus hijos con mucha fuerza como una forma de exteriorizar lo que sienten sin darse cuenta del daño que en ellos provocan

5. Desorganización personal: con frecuencia después de un trauma o incluso de haber sido agredida y sometida a estados constantes de crisis no elaboradas, los valores, y normas organizadoras de la vida se derrumban y las personas empiezan a operar en un vacío existencial. Estos estados traumáticos al ser estados de cambios pueden ir sobre las creencias espirituales más sagradas del individuo y las normas morales y éticas más importantes.

En las mujeres que viven violencia en sus hogares en el momento que buscan ayuda en estados de crisis manifiestan estas desorganizaciones, que se encuentran representadas en su poca o nula creencia en las demás personas y pensar que ahora son ellas quienes deben hacer daño antes de que les hagan a ellas y en muchos casos en el abandono de sus creencias religiosas.

Brenson plantea que una persona puede reaccionar ante una crisis de una forma funcional y otra disfuncional clasificando como reacciones funcionales:

- La reflexión: Meditar sobre lo sucedido.
- La catarsis: expresar intensamente los sentimientos generados.
- La asertividad: decir y pedir directa y claramente lo que quiere y no quiere de los demás.
- La cooperación: relaciones sinérgicas

Entre las reacciones disfuncionales tenemos:

- Aislamiento y huida: evita confrontaciones
- Negación y pseudo catarsis: niega lo que siente o se niega a expresar lo que siente.
- Agresividad o pasividad: irrespetan los derechos de los otros

- Dependencia simbólica: se relacionan con los demás en forma dependiente

Por lo general las mujeres que han vivido en hogares violentos y nunca han podido reorganizarse emocionalmente en ninguna de las muchas crisis que han pasado suelen tomar el camino de las reacciones disfuncionales por lo que es muy importante brindarles el apoyo en el momento que presentan la crisis y luego continuar con psicoterapia dirigida.

2.4. Resultados que se esperan en un intervención en crisis

En el momento que se inicia una intervención en crisis con las mujeres se busca que ella encuentren alternativas de soluciones funcionales ante la crisis que están atravesado causado por lo general por agresiones recibidas por su pareja o conviviente.

Comúnmente una mujer recurre a un sistema de protección por que su problema se ha convertido en algo inmanejable, y lo único que busca en ese momento es que alguien la escuche y le de nuevas alternativas que le hagan ver que aun hay esperanza para salir de torbellino que actualmente está atravesando, de forma implícita busca que le entiendan y apoyen, sin embargo piensa que será juzgada duramente por lo que ha hecho.

Es en este momento que el terapeuta debe no solo utilizar herramientas adecuadas para solucionar el problema de la paciente sino que debe acoger de una manera cálida y acogedora a la mujer y los niños que vienen en busca de alguien que les brinde protección, claro está que la persona que acoja lo hará sin emitir juicios de valor.

El acoger a una mujer que se encuentra en crisis, ocasionada por la violencia doméstica, es una tarea muy difícil; debemos tener en cuenta que en muchos de los casos la mujer asiste a la primera consulta en un estado total de

desorganización y con muchas reacciones disfuncionales ante la crisis que está atravesando, por lo que la atención a estas mujeres debe ser inmediata, y humana.

Es claro que la crisis en la que se encuentra al momento de la primera atención no es su primera crisis por el mismo motivo, y tampoco es la primera vez que ha pedido ayuda o ha pensado hacerlo, pero que gracias a ese ciclo de violencia tan envolvente y tan disfuncional les hace que vuelvan y ella toma esa ruta únicamente por que las veces que han buscado ayuda se la han negado, no les han creído o simplemente se han visto presionadas por una sociedad patriarcal dominante.

Es por esto que los resultados de la intervención en crisis a mujeres que son agredidas esta direccionado a que ella sepan que no están solas, que al denunciar a sus agresores tendrán un refugio donde guarecer sus miedos, que no son culpables de lo que les ha pasado, saber que si salen de dicho circulo encontrarán otra salida para ellas y para sus hijos/as. Saber simplemente que hay alguien que las escuche, que las entienda y que sabe que son inocentes.

La función de esta intervención estará encaminada a hacer que ella redescubra sus propias capacidades, y recursos, sabiendo que puede emplearlos e intentar nuevas formas de solución de su problema que le llevará a descubrir una nueva forma de vida para ellas y para sus hijos.

Es importante tomar en cuenta que en esta primera intervención se buscará mantener una relación terapéutica que no sea vertical ni autoritario, más bien todo lo contrario, buscaremos la mayor horizontalidad con el paciente con el objetivo de hacerlo sentir querido y apreciado por lo que es y por lo que vale, sin importar lo que ha vivido, teniendo en cuenta que las mujeres que han sido agredidas gradualmente tienen su autoestima muy baja y consideran que no valen nada.

Debemos considerar que el trabajo horizontal nos permitirá que el paciente nos quien en el proceso ya que su realidad es muy diferente a la de los demás y que enriquecerá al proceso esta guía, porque permitirá al paciente sentirse que está siendo escuchado y comprendido n un momento de su vida que le ha sido muy difícil afrontar.

Se esperara que el terapeuta tenga la capacidad de dar connotaciones positivas a todas las respuestas que da el paciente y hacer de cada momento un momento acogedor y de comprensión al paciente buscando que el mismo vaya sacado las soluciones correctas para su problema y haciéndole ver a la mujer que ella puede capaz de mejorar su propia vida y que cada decisión que toma mejorará su vida y la de sus hijos.

La intervención que se den en un primer momento apoyará para que la mujer mire sus capacidades, recursos, valores y posibilidades de mejorar desde una perspectiva positiva, se permitirá ver una proyección positiva de su futuro lo que hará que ella busque nuevas soluciones y reacciones más funcionales ante la violencia, sus creencias y pensamientos se tornarán positivos y le llevarán a encontrar soluciones mas asertivas.

2.5. Recursos terapéuticos para el abordaje en crisis.

Es importante iniciar tomando en cuenta que el paciente en crisis necesita un abordaje emergente y este proceso de ayuda buscará reestablecer el equilibrio de la persona después de un suceso traumático. El trabajo en la atención en crisis será enfocado como una terapia breve, el cual puede durar de una a seis semanas dependiendo la gravedad del problema del paciente, sin embargo la búsqueda del equilibrio del paciente debe empezar desde la primera sesión, esto debido a que en el trabajo con mujeres sobrevivientes de la violencia puede ser impredecible, su inestabilidad, provocada por la violencia, provoca estados de temor y culpa que no le permiten verse a si misma en un futuro, por esta

razón la terapia debe ser breve y de emergencia, aprovechando todos los recursos al alcance para ayudar a la mujer a encontrar el camino de la oportunidad que nos brinda cada crisis circunstancial.

En el proceso de resolución de la crisis es importante tomar en cuenta principios básicos que nos permitirán enfrentar las crisis de mejor manera, esto no quiere decir que si enfrentamos una crisis no volverá otra, no obstante si logramos resolver una crisis circunstancial de una forma adecuada, adquiriremos nuevas estrategias de afrontamiento y cuando volvamos a pasar por una crisis se nos hará menos difícil afrontarla.

Los principios básicos para la intervención en crisis, planteados por la Dra. Silva Rolfo, presentados en su página de Internet, hablan de la importancia que tienen el trabajar con el paciente sobre la oportunidad, "puesto que la crisis es un periodo de alto riesgo tanto para la persona como para la familia"⁴⁴ por esta razón es importa ayudar a la persona a dar connotaciones positivas a todo lo negativo. La ayuda en este momento deberá ser inmediata convirtiéndose en un primer auxilio psicológico.

Seguido de este primer principio tendremos las metas, en este momento ayudaremos ya a la persona a recuperar su propio nivel de funcionamiento reestableciendo su equilibrio, el llegar a este estado la persona ya estará en la capacidad de enfrentar la crisis de otra manera, siendo esta más saludable, en este momento ya empezaremos a hablar del inicio de un proceso terapéutico breve como con una duración de 1 a 6 semanas.

Finalmente como uno de los recursos fundamentales será la valoración es este momento de buscará que la mujer busque las fortalezas y debilidades que le ha brindado la crisis por la que está atravesando, con el objetivo de que ella encuentre sistemas de protección en los que puede apoyarse, brindándoles la posibilidad de valorarse a sí misma como mujer con dignidad y derechos humanos.

⁴⁴ Dra.Prof. EE.UU. Sylvia Roffo L." *Intervención en crisis*", apuntes para el uso de docentes Universidad de Cile, 2005

Al inicio del proceso de atención en crisis debemos tomar en cuenta recursos fundamentales como los planteados por Rogers⁴⁵:

1. *Acogida y no iniciativa.*- Se trata de una actitud de receptividad, la acogida con la que se recibe a alguien en la casa, invitándoles a pasar, ponerse cómodo, etc. Esto se opone a la actitud de iniciativa que coloca al cliente en la obligación de responder a preguntas y reaccionar.

2. *Concentrarse en la vivencia del sujeto y no en los hechos que evoca.*- Esto implica el concentrarse en como el cliente siente y percibe a las personas y a los acontecimientos, y no tomar en consideración del problema en sí mismo; no interesarse en un principio en lo que podría llamarse hechos objetivos.

3. *Interesarse por la persona del cliente y no por el problema.*- Renunciar a tratar el problema desde un punto de vista objetivo ya que el problema en un principio es existencia, es vivido por alguien, y tiene, antes que nada, sentido para esa persona.

4. *Respetarle al cliente y mostrarle una consideración real.*- En lugar de mostrarle la perspicacia del terapeuta o de su comunicación. Se trata de intervenir de tal modo que realmente se de al sujeto la certeza que el terapeuta respeta su manera de ser, vivir o comprender

5. *Facilitar la comprensión y no hacer revelaciones.*- No se trata de escuchar al sujeto con el objetivo de clasificar lo que dice dentro de los esquemas preparados por un sistema de interpretación ni de esperar el momento para explicarlo. Se trata de hacer un esfuerzo para mantener y mejorar su capacidad de comunicación y de formular su problema.”

Los recursos planteados por Rogers que fue uno de los pioneros de la terapia humanista nos brindan algunos recursos que son de gran importancia en el momento de la acogida a la mujer en crisis. Las mujeres violentadas a demás de

⁴⁵ Castañeda/Brenes/Jensen/Lucke/ Rodríguez/Thomas, “seis enfoques terapéuticos” capitulo VI Carl Rogers, Editorial, Manual Moderno

presentar un estado de desequilibrio total, también están bajo el dominio de la culpa y el temor a ser descubiertas por sus parejas por lo la atención en crisis en un primer momento debe ser una facilitadota para el inicio de procesos terapéuticos o incluso procesos de empoderamiento.

Debemos tener en cuenta que las mujeres salen en busca de ayuda después de haber vivido una situación difícil, donde ella y sus hijos presentan una inestabilidad que no les permite ver al futuro, sumado a que la violencia les sumerge dentro de un camino donde la oportunidad para ellas no existe, el primer encuentro será de gran ayuda, sabiéndose que es una mujer como todas las demás que se merece ser comprendida y apoyada desde su propio punto de vista y valorada cada una de sus vivencias.

Es importante tener en cuenta que el procesos intervención en crisis será un proceso de prevención, el mismo que se divide en una prevención primaria, secundaria y terciaria en el siguiente cuadro podremos apreciar los diferentes momentos de la prevención.

CUADRO 3

| | PREVENCIÓN PRIMARIA | PREVENCIÓN SECUNDARIA | PREVENCIÓN Terciaria |
|------------------|--|---|--|
| Objetivos | Reducir la incidencia de los trastornos mentales. Mejoramiento del crecimiento y desarrollo humanos a través del ciclo de la vida | Reducir los efectos debilitantes de la crisis de la vida, facilitar el crecimiento por medio de la experiencia de la crisis | Reparar el daño hecho por una crisis en la vida no resuelta, esto es tratamiento emocional |
| Técnicas | Educación pública, cambios públicos, | Intervención en crisis, primera ayuda | Psicoterapia a largo plazo reentrenamiento, |

| | | | |
|---|---|---|--|
| | ambientales, Instrucción para habilidades en la resolución de problemas de niños y mujeres agredidas | psicológica, terapia de crisis | medicación, rehabilitación |
| Población blanco | Todos los seres humanos con atención especial a los grupos de alto riesgo | Victimas de experiencias de crisis y sus familiares | Pacientes psiquiátricos accidentales |
| Duración | Antes de que los sucesos de crisis ocurran | Inmediatamente después del suceso de crisis | Años después el suceso de crisis |
| Ayudantes/ sistemas comunitarios | Gobierno, escuelas, iglesias medios de comunicación, sinagogas | Profesionales, familiares, sistemas sociales, psicoterapeutas, consejeros | Profesionales de la salud mental, hospitales y clínicas de consulta externa |

Es importante tener en cuenta varios datos brindados por este cuadro debemos tomar en cuenta que la violencia intrafamiliar que es un problema vigente en nuestra sociedad ha empezado a dar información a la gente brindando una prevención primaria desde los años 90, ya que antes de esto esta problemática debía ser manejada dentro de los hogares como parte de la intimidad del hogar. A pesar de la que en la actualidad este constituye un tema público los recursos destinados para la promoción y difusión para enfrentar la violencia, son escasos por lo que campañas de prevención primaria en violencia casi no lo hay. Otro punto importante para rescatar es que la prevención secundaria o la intervención en emergencia puede ser brindada por cualquier persona sea o no profesional de la salud, sin embargo, será el paso más importante ya que se

ayudará a la mujer a tomar un camino que será decisivo para su desarrollo personal. Finalmente deberemos tomar en cuenta que ya la prevención terciaria deberá ser abordada por un profesional iniciando un proceso terapéutico que puede estar guiado solo a la resolución de la crisis convirtiéndose en un proceso breve y de emergencia o en el inicio de un proceso terapéutico más prolongado, y con objetivos diferentes.

CAPITULO III

LA CULTURA DEL TERROR



“la extorsión

El insulto

La amenaza

El coscorrón

La bofetada

La paliza

El azote

El cuarto oscuro

La ducha helada

El ayuno obligatorio

La prohibición de salir

La prohibición de decir lo que piensa

La prohibición de hacer lo que siente

Y la humillación pública,

Son algunos de los métodos de penitencia y tortura

Tradicionales en la vida de la familia.

Para castigo de la desobediencia y escarmiento de la

Libertad, la tradición familiar perpetúa una cultura

Del terror que humilla a la mujer, enseña a los hijos

A mentir y contagia la peste del miedo, los derechos humanos tendrían que empezar por

casa...”

EDUARDO GALEAÑO, Uruguay, 1989

Graciela B.Ferreira “hombres agresivos mujeres violentadas”⁴⁶

⁴⁶ Graciela B. Ferreira, “Hombres Violentos Mujeres Maltratadas, Aportes a la investigación y tratamiento de un problema social” Editorial Sudamericana, Buenos Aires 1992.

REVISIÓN Y ANÁLISIS DE OTROS MODELOS ATENCIÓN

3.1. Exposición de metodologías de atención de la V.I.F. utilizadas

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

Programa Mujer, Salud y Desarrollo

MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN A LA VIOLENCIA

INTRAFAMILIAR⁴⁷

Se trabajan dos aspectos: en primer lugar el marco referencial y aspectos metodológicos para la construcción de un modelo de atención integral a la Violencia Intrafamiliar y en segundo lugar, la traducción de este referente a una respuesta social, enfatizando el papel del estado y del sector salud, sin desvincularlo de la participación de la sociedad civil.

Los planteamientos tienen carácter instrumental y sugieren elementos conceptuales y prácticos para la incorporación de actores sociales susceptibles de particular en la construcción de un modelo de atención integral a la violencia intrafamiliar, así como criterios de selección de acciones a realizarse, posibles articulaciones e intencionalidades de las mismas.

Aspectos Conceptuales Y Metodológicos Para La Construcción De Respuestas Sociales A La Violencia Intrafamiliar.

Reconocer la multidimensionalidad de la violencia hacia la mujer en el seno de la familia es imprescindible. Abordarla nos enfrenta a problemas cognoscitivos. Las características del tema representan un reto en el que no es suficiente la intervención en los espacios de salud: detección, diagnóstico médico, registro y se hace necesario el conocimiento de aspectos culturales, legales y sociológicos.

⁴⁷ Programa Mujer, Salud, y Desarrollo, Organización panamericana de la Salud, *Serie Género y Desarrollo "modelo de atención integral de la violencia intrafamiliar"*. San José, Costa Rica, enero 2001

Diferentes trabajos especializados señalan que puede ser abordada desde lo individual (a través de la víctima, el agresor o las víctimas indirectas)⁵, los diferentes grupos familiares o tipos de familias, lo colectivo o social como también, puede ser analizada según tipos de violencia (física, psicológica, sexual, patrimonial, negligencia, etc.). Este hecho ha convertido a la violencia intrafamiliar en un campo multidisciplinario y de convergencia de acciones de diferentes actores sociales.

Las definiciones de la violencia intrafamiliar pueden enfatizar diferentes aspectos. Nos parece esencial tener en cuenta los siguientes criterios (Larrain, 1995):

- La relación entre las personas implicadas que tiene que ver con los diferentes tipos de familia, los vínculos o parentescos que puedan existir (casamiento, nacimiento, relación íntima, personal, compartir un hogar), es decir, toda una gama de tipos de cohabitación que se encuentran en nuestra sociedad.
- La naturaleza de los actos está relacionada con los tipos de violencia que pueden ser emocional, física, sexual, patrimonial, negligencia, explotación financiera, etc.
- La intensidad, aspecto que no siempre es considerado en las definiciones, se vincula con la frecuencia con la que suceden los hechos y el impacto de éstos en las víctimas.

Otro aspecto relevante es la dinámica de la violencia conyugal descrita por Leonore Walker en 1979. El llamado ciclo de violencia se plantea en tres momentos: acumulación de tensión, crisis o episodio agudo y arrepentimiento o luna de miel. En el inicial se producen agresiones "menores", muchas parejas pueden pasar en este estadio "acumulación de tensión". En otras relaciones se va acumulando una escalada de incidentes que termina en un segundo momento llamado "crisis o episodio agudo" en donde se da una explosión de

violencia. El fin de este momento se caracteriza por el "arrepentimiento o fase de luna de miel" ante el hecho cometido.

Entender este ciclo es esencial para la comprensión de las mujeres agredidas y la indefensión aprendida de éstas, así como el comportamiento agresor.

Lo conceptual

Se hace necesario avanzar en el desarrollo de marcos teóricos en una forma interdisciplinaria y dialógica, que permita la retroalimentación entre disciplinas y también lógicas de comprensión compartidas respecto al problema. Por ejemplo, no es igual entender la pobreza o desempleo como factores que favorecen la violencia intrafamiliar, que analizarlos como causales de la misma. Pero además habría que hacerse la pregunta de por qué se constituyen en factores a considerar –teniendo en cuenta que ni todas las mujeres pobres son víctimas ni todos los hombres pobres son agresores. Es necesario integrar otros elementos al análisis de la causalidad lineal pobreza > violencia hacia la mujer e implica atender las interrelaciones singulares de los individuos, de las familias, aspectos sociales y culturales que los contextualizan.

Significa reconocer otras categorías de análisis provenientes de otras disciplinas, que pueden contribuir a la comprensión del problema y a ubicar las interrelaciones y resonancias de las diferentes partes que intervienen, es decir, reconocer las relaciones complejas entre las partes y el todo y razonar en esos términos, a fin de construir respuestas integrales.

Elementos a trabajar desde lo conceptual en el paradigma de la violencia intrafamiliar:

- La interdisciplinariedad que no significa negar las especificidades de las disciplinas del conocimiento y las acciones que desde su dominio tienen que realizar, pero si reconocer la complejidad de la realidad en el abordaje de la víctima, agresores, familia, comunidad y sociedad.

- Reconocer el vínculo entre lo singular de la historia individual y la trama de relaciones sociales en la que esa persona, mujer u hombre, se encuentra: relaciones de género, edad, etnias, clase y religiosas" un tema común pero una historia distinta" (Elkaim, 1994).

- Reconocer el aspecto subjetivo, por una parte el/la que quiere intervenir en el tema de la violencia está influenciado por los modelos culturales, es decir, tiene un enraizamiento social Devereux (1980) trata ampliamente el tema de la tensión entre el investigador y el objeto de conocimiento en las ciencias sociales.

- Las personas que trabajan el tema deben reconocer la afectación de éste e integrar en las respuestas sociales a los hechos de VIF, el apoyo a los prestatarios directos de servicios (Velázquez, 1996).

Lo metodológico.

Se plantea considerar los siguientes aspectos:

- Reconocer la calidad y propiedad de las diferentes partes que intervienen en los procesos que construyen las relaciones violentas en el seno de la familia.

- Reconocer la interacción que existe entre esas partes y los efectos recursivos que generan. El efecto de la violencia se vuelve causa y viceversa originando una red de causas y efectos.

- El reconocimiento de las particularidades y de las interacciones nos permitirá realizar acciones en las diferentes partes y en la totalidad de los procesos que construyen los hechos de violencia.

Esta metodología plantea abordar la Violencia Intrafamiliar hacia la mujer a partir de las **condiciones de vida de las mujeres y hombres**. Entendemos por condiciones de vida, la interacción y resonancia de cuatro grandes dimensiones: los aspectos biológicos (potencialidades individuales, desarrollo funcional y crecimiento orgánico del sistema biológico con todos sus elementos); el hábitat –que no significa solamente vivienda y servicios, sino articulación de un conjunto de equipamientos, actividades comunales que eleven la calidad de vida- (Massolo, 1997); las representaciones culturales tanto a nivel individual como colectivo y la interacción en las relaciones económicas y sociales (inserción económica, adquisición y consumo de bienes y servicios).

Este modelo pretende visualizar como la violencia intrafamiliar se constituye y afecta las condiciones de la vida de la persona. Estas condiciones de vida permiten analizar las condiciones de vida de las mujeres afectadas y entender la salud como un producto social que tiene el objetivo de atender las necesidades de hombres y mujeres como parte de sus derechos como seres humanos. La ausencia de respuestas a la VIF, tendrá efectos en las condiciones de vida, de igual manera que el vivir una situación de violencia.

El análisis según condiciones de vida de la violencia intrafamiliar implica abordar al sujeto en sus especificidades y contexto, género, etnia, clase, etc. La visibilidad social de la violencia hacia la mujer está relacionada con la existencia de un movimiento social por la equidad entre hombres y mujeres.

El tema de la violencia de género fue abordado en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos realizada en Viena en 1993, lo que implicó una revolución conceptual sobre los derechos humanos, dando como resultado el reconocimiento de todas las formas de violencia de género como una violación de los derechos humanos de las mujeres.

Representaciones sociales, violencia hacia la mujer y el orden de género.

Las representaciones sociales son realidades mentales, símbolos que guían, nombran y definen los diferentes aspectos de nuestra realidad. Son importantes en la vida cotidiana porque permiten interpretar y ubicar en la cultura las actitudes sociales.

Las representaciones sociales en torno a la VIF permiten evidenciar las actitudes sociales con respecto a la violencia intrafamiliar y en particular hacia la mujer. Son fundamentales en tanto que determinan acciones y respuestas al problema e inhiben o estimulan a las víctimas en la búsqueda de ayuda. Estos hechos están siendo evidenciados por las investigaciones que se desarrollan con el apoyo del Programa Mujer, Salud y Desarrollo de OPS/OMS. La esencia androcéntrica de las leyes ha dotado a un género de mayor poder a nivel macro social y en la vida cotidiana.

Conductas individuales y relaciones de poder entre los sexos

Hay una coincidencia en los estudios de género en que el poder de dominio aparece como un elemento explicativo de la violencia que ocurre en el seno de la familia porque fomenta la construcción de los vínculos afectivos basados en la posesión, el dominio y la exclusión del(a) otro(a).

Los estudios sobre la violencia intrafamiliar sugieren que existe una dinámica común en el seno de ésta que es el **uso del poder**, el control y la autoridad por parte del agresor hacia su víctima (Walker, 1993). Esta apreciación no sólo nos viene desde las ciencias de la conducta con relación al análisis de los agresores, sino también del abordaje de las víctimas en el que se plantea el empoderamiento hacia sí mismas y hacia su contexto (Addison, Glazer and Eimear O'Neill s.f.).

La salud y la violencia intrafamiliar hacia la mujer en la familia.

La violencia intrafamiliar no es una enfermedad pero puede asociarse a una variedad de síntomas y efectos en la salud de las víctimas de violencia y testigos de la misma. El conocimiento sobre los **grupos más vulnerables** nos plantea que la violencia intrafamiliar no se distribuye al azar, sino que tiene cierta direccionalidad: sexo femenino, edad, preferencia sexual en los adultos masculinos, discapacidad o dependencia, entre otras. En la selección de las víctimas pareciera existir una asociación entre inequidad social en ciertos grupos humanos, como por ejemplo desprotección legal, desconocimiento y atropello de derechos a nivel social y familiar, representaciones sociales que desvalorizan lo femenino, a los niños(as), viejos(as) y a lo diferente.

Según el Reporte de la American Psychological Association Presidential Task Force on Violence and the Family (1996), los agresores pueden agruparse en tipologías (con ciertos traslapes):

- Los maltratadores típicos que usan la violencia para ejercer el poder y control sobre otros(as) representan más de la mitad del total.

El resto de tipos de agresores se encuentran distribuidos entre los siguientes:

- Los agresores con desórdenes mentales
- Los abusadores que cometen actos criminales también fuera de la familia.

Referente a las agresoras el mismo reporte presenta una clasificación en 5 grupos:

- Mujeres que usan la violencia por autodefensa y que representan la mayoría;
- Mujeres con desórdenes mentales;
- Mujeres que cometen violencia criminal fuera de la familia;

- Mujeres abusadoras que han aprendido a reaccionar frente a las frustraciones con violencia;
- Mujeres que maltratan a sus cónyuges en respuesta al control, abuso emocional o anticipación al abuso.

La utilidad de estas diferencias entre agresoras y agresores es que sugieren estrategias de abordaje diferenciadas tanto en el plano individual y familiar como en el comunitario y estatal.

Características individuales y violencia intrafamiliar.

La literatura existente señala que el grupo de agresores así como el de víctimas es un **grupo heterogéneo**, es decir, que no existe un perfil de agresor o de víctima. La violencia intrafamiliar no es específica a una clase social. Todos los grupos sociales, económicos y culturales, grupos etarios, urbanos y rurales, están involucrados independientemente del nivel educativo, religión o grupo étnico de pertenencia. (Commission Violence à l'encontre des femmes, 1995).

Al mismo tiempo, las investigaciones sugieren una constelación de riesgos y resiliencias que pueden influenciar el complejo fenómeno de la violencia intrafamiliar (American Psychological Association, 1996).

Los riesgos pueden ser factores socioculturales e interpersonales, existencia de adicciones como el alcohol, las drogas y antecedentes de abuso. Los factores de riesgo no son causa de la violencia intrafamiliar ni predictivos, pero su presencia puede contribuir a ella.

La violencia intrafamiliar afecta a otros(as) miembros de la familia aunque no sean blanco directo de la misma. Los psicólogos han llamado a este efecto victimización secundaria. Para la víctima así como para la familia y particularmente para los niños(as) testigos de ésta, existe la posibilidad de

generar un proceso destructivo a nivel psicológico y físico. La violencia intrafamiliar tiene un costo social en vidas humanas y sus consecuencias son difíciles de dimensionar.

Las condiciones del hábitat y la violencia

El hábitat es un factor importante a tomar en cuenta en la prevención primaria de la violencia intrafamiliar. Si bien las condiciones del hábitat no son una causa directa, si pueden ser condicionantes de hechos de VIF. El tema de la vivienda es inseparable del tema de la familia "ni teórica ni empíricamente la situación habitacional son genéricamente neutros o inocuos: implican efectos y experiencias diferentes entre hombres y mujeres".

La violencia en las ciudades y la seguridad es un tema con implicaciones de género, específicamente relacionado con las violaciones a mujeres.

Relaciones económicas y violencia intrafamiliar

La forma de inserción económica y acceso a recursos -tiempo, bienes y servicios- repercute en las condiciones de vida y en la calidad de vida de hombres y mujeres. Las estructuras y los procesos socio-económicos producen inequidades de género que ubican a las mujeres en situaciones de desventaja. Habiendo ausencia de mercados para las mujeres o discriminación en los mismos.

El acceso a bienes y al dinero no es neutral en términos de género, sino que está determinado por las relaciones de género en la sociedad, con el Estado y sus instituciones y por las relaciones en el seno de la familia.

Un estudio transcultural de Levisson (1989) señala que la autoridad del varón en el aspecto económico y en la relación de poder en la toma de decisiones en el seno de la familia, es un factor que propicia la violencia hacia la mujer.

Respuestas sociales y violencia intrafamiliar

Las respuestas están dadas desde los movimientos de mujeres quienes hicieron visible a la violencia como un problema, a partir de que el tema de la violencia surge los movimientos de mujeres empiezan a crear como estrategia de protección refugios y centros de atención integral ofreciendo a las mujeres múltiples opciones de atención y protección de las víctimas. Los centros buscaron vincular la singularidad de cada caso con la visualización de las causas a nivel social. El estado ha actuado de manera lenta, sin embargo su respuesta ha sido por medio de lo legislativo, en países como en Canadá y Francia los cambios se han ido dando con el apoyo gubernamental. En Centroamérica el apoyo estatal también ha estado dirigido al sector legislativo en contra de la violencia de la mujer.

Las características de las respuestas sociales provenientes de la sociedad civil y del Estado, son un elocuente indicador de cómo se ubican en relación a la violencia intrafamiliar y a la equidad.

En cuanto a los aspectos éticos, esta área deber ser constituida como elemento fundamental en el abordaje de la problemática ya que tiene vínculo con los derechos fundamentales de las personas, lo ético reconoce a la violencia de género como una infracción criminal.

Las acciones por parte de los que pretende ayudar no debe ser revictimizadora, deben constituir acciones agradables que tomen en cuenta la ruta crítica que siguen las mujeres

La intervención debe contribuir en el desarrollo humano de las mujeres y los hombres sin discriminación de sexo, creencia religiosa, opción sexual, raza y edad.

DEFINICION DE ATENCION INTEGRAL A LA VIF

Se entiende la atención integral como un sistema que opera a diferentes niveles: macro, es decir, en las políticas públicas de Estado y normativas jurídicas; a nivel meso, en el nivel institucional sectorial, a través de los sectores que desarrollan normas y directrices; a nivel micro donde se operacionaliza el sistema en espacios geográficos. Estos tres niveles desarrollan acciones integradas dirigidas a las personas víctimas de la VIF, agresores, familia, comunidad y sociedad en general.

Los ejes que se trabajan son los siguientes: detección, prevención, atención al daño y promoción de formas de convivencia no violentas. Todas estas acciones desarrolladas a través de medidas integradas de carácter social, psicológico, legal y biomédico.

Acciones para la atención integral en la violencia intrafamiliar

Los efectos de la VIF así como los factores que la favorecen, nos sugieren diferentes niveles de intervención: individual, familiar, comunitario y societal, a fin de generar un proceso que permita erradicar la violencia intrafamiliar de las relaciones familiares.

Cada nivel plantea diferentes actores y espacios de intervención. La identificación de esos espacios permite construir una matriz multidimensional que contemple los niveles de intervención: macro social, meso o sectorial y micro o local; actores sociales, población meta y acciones de los diferentes actores sociales en las diferentes dimensiones de condiciones de vida.

Las acciones deben estar dirigidas hacia:

El nivel macro y el rol del Estado

➤ Focos de atención a nivel macro y rol del Estado

- El Estado como articulador, regulador y formulador de políticas
- Necesidad de políticas específicas por parte del Estado con relación a la violencia intrafamiliar.

El nivel meso y el rol del sector salud

➤ **Focos de atención del sector salud para el fomento de la equidad en asuntos de género.**

- Vigilancia y análisis de las condiciones de salud desde una perspectiva de equidad.
- Incorporación del enfoque de género en los procesos de reforma
- Necesidad de políticas y acciones específicas a nivel del sector salud con relación a la VIF.

➤ **Ejes de acción desde el sector salud para enfrentar la violencia intrafamiliar**

- Promoción
- Detección
- Prevención
- Atención

➤ **Algunas acciones a desarrollar para estructurar un proceso desde el sector salud**

- Corto plazo
- Mediano plazo
- Largo plazo

➤ **Pautas para construir el modelo a nivel micro y el rol del sector salud**

- Identificar los diferentes actores sociales susceptibles de participar en un modelo de atención integral a la VIF.
- Conocer la ruta Crítica que siguen las personas afectadas por la VIF a nivel local en la búsqueda de ayuda y cuáles son las respuestas sociales encontradas. La información obtenida permite desarrollar acciones más precisas en la capacitación, así como en la modificación de obstáculos para una atención adecuada a las víctimas de violencia.
- Evaluar la situación de violencia intrafamiliar en el área de salud utilizando fuentes secundarias.
- Los resultados de las investigaciones operativas deben ser presentados a los(as) líderes locales y se debe discutir con ellos posibles soluciones para enfrentar la VIF en su municipalidad. Esta actividad permite a la organización comunal tener una mirada contextualizada del problema.
- Desarrollar un proceso de sensibilización y capacitación en torno al problema de la VIF mediante un plan estructurado que pueda ser dirigido a diferentes actores: líderes, prestatarios(as) de servicios, etc.
- Estimular la creación de una red local para coordinar las acciones entre los diferentes actores sociales interesados en construir un modelo de atención integral a la VIF.
- Una de las tareas de la Red es la elaboración de un plan de acción local en los ejes del modelo que contemple acciones biomédicas, psicológicas,

sociales y legales, con la participación de los actores involucrados y mediante una metodología participativa.

El desarrollo del modelo y las áreas de salud

El modelo a nivel micro se configurará según la realidad local.

Registro de los hechos de VIF por grupos de edad, sexo, tipo de VIF, vínculo de la víctima con agresores(as). El Sector Salud aplicando la CIE-10 puede desarrollar un registro de la VIF, pero además es importante la coordinación con otros organismos garantizando la confidencialidad de las personas afectadas. Las encuestas de prevalencia pueden ser un instrumento auxiliar ante el hecho de que las estadísticas de salud tendrán un subregistro, ya que es un registro pasivo. Plan de capacitación y educación continúa a las personas que realizan la intervención directa según el nivel de complejidad de los servicios que tenga el área: atención básica, general y especializada (intervención en crisis, grupos de autoayuda, consejería psicológica individual, grupal, etc.). Los aspectos éticos deben ser parte del contenido de la capacitación.

Integrar la atención de la VIF al sistema de referencia en los servicios de salud y con otras instituciones y organismos: red local de actores sociales. Se sugiere crear un directorio de los servicios y redes de apoyo existentes.

Elaboración de un Plan institucional del área con acciones en los ejes del modelo para el abordaje de la VIF, con sus indicadores de resultados incorporados en la planificación de actividades del área de salud. La planificación debe ser cuidadosa en las metas a fin de evitar daños mayores a las víctimas y frustraciones al personal.

La programación del área puede utilizar el abordaje de la violencia como una estrategia que contribuye a enfrentar otros problemas de salud de las mujeres, niños(as) y adulto(as) mayores. Por ejemplo, la VIF es un factor de alto riesgo para mujeres embarazadas e incide en el peso del recién nacido.

Pautas para el desarrollo del modelo a nivel de las unidades o espacios de salud institucional

El trabajo en equipo entre los(as) diferentes profesionales de la salud es necesario para la adecuada atención integral de las víctimas, es importante que se coordine y dé seguimiento a las acciones de la institución en relación a la VIF y se evite la revictimización de las personas afectadas por la violencia, por excesos de trámites o una intervención no adecuada.

El apoyo de profesionales de las ciencias de la conducta capacitados(as) para el abordaje de la VIF es indispensable, igual que el de abogados(as) con relación a los aspectos legales.

La intervención directa a la VIF debe tener claramente definidos sus objetivos y las intervenciones a realizar, sea de atención individual o grupal. La atención debe ser interdisciplinaria y en red (ya que no todos los recursos están en una sola instancia), debe ser coordinada e incluye la atención terapéutica y biomédica cuando ambas se requieran y las coordinaciones necesarias para el apoyo social y legal. Se debe respetarse su decisión respecto a la denuncia del agresor. Sin embargo, hay casos cuando la víctima está en alto riesgo en que el personal de salud debe valorar medidas protectoras en coordinación con otras instancias de la red.

A continuación se trata de mostrar un proceso de respuesta a los hechos de violencia sexual de un centro hospitalario canadiense (Peterboroug Civic Hospital, Set. 1992).

Todo el proceso de aplicación del protocolo -entrevista, relato de la víctima, diagnóstico- es realizado con una política de confidencialidad:

- Se solicita consentimiento a la víctima si es mayor de 16 años, o menor de 16 años si es casada.
- Se asegura que la información quede restringida al equipo médico que la atendió y que no será accesible a ninguna persona no autorizada o paciente.
- Sólo el personal que la atiende directamente puede dar información a la policía y con consentimiento de la víctima.
- A la víctima se le asegura un servicio amigable y de calidad que permita el apoyo emocional y coleccionar las evidencias forenses según pasos establecidos sobre el particular.
- La valoración médica tiene pasos estandarizados para todos los(as) pacientes víctimas de violencia sexual y se señala el personal de salud involucrado (H.C.P. 1992).

De igual manera deben ser normados los pasos para atender mujeres agredidas. Además de atender las lesiones físicas causadas por los golpes es una necesidad atender lo emocional.

Algunos elementos a tomar en cuenta para la planificación en la unidad de salud

- a. Partir del conocimiento de la plantilla y perfil profesional que existe en la unidad de salud.
- b. Tomar en cuenta los recursos de apoyo con que cuenta el centro, los medios diagnósticos y de laboratorio

- c. Conocer cuál es el nivel de conocimiento técnico sobre violencia intrafamiliar que tienen los(as) profesionales.
- d. Ubicar las acciones con base en las políticas de prestación y financiamiento del sector.
- e. Tomar en cuenta, al momento de planificar las acciones, cuáles son las normas de productividad que existen para el personal según nivel de complejidad.
- f. Conocer la ruta crítica que siguen las personas afectadas por la violencia al interior de la unidad de salud.

Con base en estos criterios pueden adecuarse los protocolos modelos en las diferentes unidades.

Este documento no ha abordado la atención a las personas agresoras. Es un área gris en el conocimiento y con experiencia muy limitada en centro América. En otras áreas geográficas fuera de la región la creación de estos programas ha estado bajo el impulso del sistema judicial y policial, o por el movimiento de masculinistas, trabajadores(as) sociales o por personas que trabajan con mujeres y niños(as) maltratados. Programas de esta naturaleza se han desarrollado en los Estados Unidos, Canadá, en los países europeos y en algunos países de América Latina como México y Chile. Las intervenciones necesarias para las personas agresoras deben ser parte del abordaje integral de la violencia intrafamiliar.

Otro aspecto poco abordado en esta propuesta está relacionado con el tema de los efectos de la violencia intrafamiliar en el personal que trabaja directamente con víctimas y agresores.

Otra medida recomendada es la supervisión técnica por otros equipos e intercambio de experiencias.

A manera de conclusión se ha sugerido a lo largo de este trabajo que el abordaje de la violencia intrafamiliar es un proceso político, social y técnico en el que deben involucrarse diferentes actores partiendo de un paradigma de complejidad cuyo punto de partida son las condiciones de vida de mujeres y hombres.

*RED INTERINSTITUCIONAL DE ATENCION Y PREVENCION DE LA
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR
MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN
CUENCA⁴⁸*

Introducción.-

La culminación de un modelo de atención integral constituye un gran logro de la red de violencia intrafamiliar en Cuenca. Este modelo se ha venido trabajando entre 1993 y 1999.

La experiencia desarrollada en los años de trabajo para enfrentar la violencia intrafamiliar permite que destaquemos los logros en la visibilización de la violencia como un problema social, determinado sujetos y subrayando la necesidad de que la sociedad toda se movilice y aporte a la solución del mismo.

La VIF, ha sido definida además como un problema de salud pública, dado que puede asociarse a una variedad de signos y síntomas y efectos en la salud de las víctimas de violencia y los testigos de la misma (modelo de la OPS). Ha sido definida además la VIF como problemas de seguridad ciudadana, entendida esta como la necesidad de las mujeres, niñas y adolescentes de fortalecer la ausencia de riesgo en la calle y en la casa, en el día y en la noche.

Hemos creído necesario, en primer lugar ubicar en la teoría los referentes necesarios, luego definir la metodología. Una vez que ésta fue acordada levantamos las acciones vigentes que como respuesta para enfrentar la violencia

⁴⁸ RED - VIF, **Modelo de atención integral a la Violencia Intrafamiliar en la Ciudad de Cuenca** “archivos casa de acogida María Amor” Cuenca 1993 -1999

intrafamiliar han sido puestas en marcha desde el Estado, (Gobierno Nacional y Local) y la sociedad civil.

ELEMENTOS METODOLÓGICOS Y CONCEPTUALES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN MODELO DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL

Metodología:

El experto argentino Jorge Corsi recomienda, para el abordaje de la violencia intrafamiliar, el modelo **ecológico**. Necesitamos, para ello, considerar simultáneamente los diferentes contexto en los que se desarrolla una persona para mirarla en su integralidad.

1. **Macrosistema**, el contexto más amplio, las formas de organización, los sistemas de creencias, estilos de vida vigente al interior de una cultura o subcultura.
2. **Ecosistema**.-la comunidad mas próxima, las instituciones que median entre la cultura y lo individual; escuela, iglesia, medios de comunicación, etc.
3. **Microsistema**, la red vincular mas próxima a la persona, la familia que constituye la estructura básica de este sistema.
4. **individual**, dentro del que encontramos cuatro dimensiones psicológicas interdependientes:
 - a. La dimensión cognitiva.- las formas de percibir y conceptuar el mundo.
 - b. La dimensión conductal.- que abarca el repertorio de comportamiento de una persona en relación con el mundo
 - c. La Psicodinámica.- emociones, ansiedades conflictos concientes y manifestaciones del psiquismo inconsciente.
 - d. La interraccional.- las relaciones y comunicación interpersonal.

Este modelo está basado en la **teoría de los sistemas** que entiende la *realidad organizada como un todo articulado*, como un sistema compuesto por diferentes subsistemas que interactúan entre sí.

Los sistemas se organizan en niveles jerarquizados que se caracterizan por su creciente complejidad y por ser dinámicos no estáticos, cuyas fronteras son permeables, es decir, tienen incidencia entre sí, están en constante transformación.

Los niveles anotados interactúan los unos con los otros. Por ejemplo la interacción dentro de la familia está modelada por expectativas sociales generales, por oportunidades económicas, por trabas legales, por proceso y estructuras de niveles macro y medio. Y lo que ocurre a niveles macro son abstracciones derivadas de interacciones de microfómenos repetidas.

Una meta principal de los fenómenos sociales debería ser la explicación sistemática de cómo éstos ocurren y se vinculan en procesos micro, medio y macro dentro de las estructuras sociales, para estudiar los problemas en su integralidad.

Desde esta perspectiva, la Corporación Mujer a Mujer, propone un Modelo Integral para atender y prevenir la violencia intrafamiliar, considerando estos tres subsistemas, tanto para explicar la existencia de esta problemática como para formular las alternativas para superarlo.

La violencia intrafamiliar dentro de un modelo sistémico

La violencia intrafamiliar se convirtió en un problema social en ella década de los 80, pero no es sino hasta 1993, en que se firman Convenios y Tratados Internacionales que se convierten en instrumentos y acciones en contra de esta violencia.

La visibilización de estos problema social ha dado pie a diferentes análisis y desde diferentes frentes, así: desde la salud, desde el desarrollo, desde la educación, sin embargo al ser esta violencia producida y mantenida por relaciones inequitativas de género, es esta categoría la que debe permear todos los análisis.

MACROSISTEMA

Los macroprocesos, característicos de este subsistema son fenómenos que afectan a toda la sociedad, tales como los sistemas económicos y políticos, sistemas de estratificación de clase y género, de ideologías y sistemas de creencias ampliamente aceptadas.

La violencia intrafamiliar desde un análisis de género

Tanto Scout como Rosaldo resaltan el hecho de que en la identificación de problemas no es tan importante el por qué surgieron los hechos, sino el cómo se desarrollaron, es decir los procesos.

Otras teorías se construyeron sobre analogías a la oposición hombre y mujer y la violencia fue explicada a partir de los estereotipos de género, lo que llevó a identificar a una mujer víctima y a un hombre victimario. Se han delineado perfiles y características tanto sobre los maltratos como sobre las personas maltratadas.

El problema de la violencia de género es un fenómeno que va más de un esquema lineal de víctima-victimario, ya que implica modos de relación entre los géneros que se perpetúan porque guardan relación con ideas culturales, como normas sociales, acerca de lo que se espera de una mujer y de un hombre, los cuales están inscritos en la subjetividad individual.

En efecto, Scout define al género en dos partes interrelacionadas, cuya primera proposición hace referencia al género como “elemento constitutivo” de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos”¹ y que están comprendidos por cuatro elementos interrelacionados: los símbolos, los conceptos normativos, las instituciones y organizaciones sociales y la identidad subjetiva.

Conceptos normativos

La constitución ecuatoriana empieza afirmando que todos los ecuatorianos somos libres e iguales ante la ley. Este principio sería suficiente para vivir en una sociedad libre de violencia, pues implica la eliminación de formas inequitativas de poder, al menos en este ámbito. Foucault, señala que “los

sistemas jurídicos de poder” producen los sujetos que están formando y reproduciendo sujetos violentos.

La familia como institución y organización

Esta se organiza con la necesidad de una autoridad que debe organizarla saludablemente con la visión de una sociedad imperiosa de control y de dominio hasta socavar la identidad y dignidad de quienes los rodean. El poder define lo que es ser hombre o mujer, adulto o niño-a, lo que es blanco, cholo, indio, mestizo-a lo que es pobre o rico etc. En donde se ha dado todo ese poder al hombre dentro de una sociedad patriarcal, quien ha usado el poder en contra de los más débiles.

La identidad subjetiva.

Si investigamos las formas en que se construyen esencialmente las identidades genéricas, se debería pensar en la teoría de Chodorow, para quien la identidad femenina se construye en continuum con la madre y es luego reforzada por organizaciones sociales y representaciones culturales encargadas de mantener un orden en las relaciones entre los géneros. Tanto que la identidad masculina se construye en oposición con todo lo que representa lo femenino, contra lo cual deben defenderse.

En la investigación. La construcción de la masculinidad: el punto de partida para el ejercicio de la violencia contra las mujeres, realizada por la Dra. Irene Pesantez, se concluye que “la violencia es definitivamente un elemento presente a lo largo del proceso de la construcción de las masculinidades de los varones de nuestra sociedad”, esta afirmación se sustenta en algunos elementos:

- Se aprende a ser varón con los consejos y ejemplos del padre: respetar a las mujeres y hacer que ellas le respeten, no llorar, ser responsable, valiente, jugar fútbol, tener gusto por las mujeres, hasta hablar fuerte.
- Sobrevalorización del pene como la base de su identidad y fuente de poder.

- Su socialización les ha obligado a ser machistas, creerse los amos, los sabelotodo, a controlar sentimientos, a ser tratados severamente, entre otras cosas esto les hace violentos.
- Para demostrarnos que son hombres deben aceptar retos de pelea y prácticas que pongan de manifiesto su audacia y fortaleza.
- Sienten que su género es superior al femenino y desvalorización todo lo que esté relacionado con ello.
- Tienen la certeza de que ellos ostentan la autoridad
- Justifican la violencia si está en riesgo su superioridad y el poder de control sobre otros y otras.

El género como forma primaria de relaciones de poder

El segundo elemento de la identificación de Scout, se refiere al género como forma primaria de relaciones significativas de poder. Los conceptos de género estructuran concreta y simbólicamente la percepción y organización de toda vida social, estableciendo distribuciones diferenciadas de poder.

El poder se evidencia en las más variadas instituciones públicas y privadas, civiles y estatales. Surgen en el marco de las relaciones sociales a través de hechos que obligan, impiden, prohíben, dominan. Cada cual ejerce poder al actuar, pero existen elementos que ponen a las personas en posición de dominación y subordinación.

La violencia es resultado de un ejercicio del poder masculino, es decir, de un ejercicio violento de las normas de funcionamiento social.

Este estilo no ha sido lineal en todas las sociedades, dependiendo de su cultura, de su organización social en un momento histórico determinado. Sin embargo ha permitido la división entre pobres y ricos, entre hombres y mujeres, entre raza, etnias, entre urbanos y rurales, entre nacionales y extranjeros etc.

Lo público/privado

Hacer público el problema de la violencia intrafamiliar fue uno de los grandes logros en los Derechos de las mujeres, que hasta entonces, se la consideraba parte de las “relaciones normales de convivencia de parejas donde los problemas intrafamiliares constituían lo privado, donde permanecía la mujer, y el trabajo lo público donde estaba el hombre”.

No lo que hacen sino lo que significa

Un aspecto central en los planteamientos de Rosaldo es el afirmar que no es tan importante analizar lo que hacen las mujeres, sino el significado que adquieren sus actividades, considerando no sólo al sujeto individual como organización social, sino en sus interrelaciones, y descubrir en estas interrelaciones, las desigualdades del poder.

“El principal Obstáculo de la mujer es el no ser, el no sentirse igual, provocado por la idiosincrasia de la mujer que ha aparecido como un ser que requiere someterse a alguien más fuerte” (Entrevista R.M.).

EXOSISTEMA

Educación:

Las prácticas educativas, a través de múltiples mecanismos como son textos, programas, juegos, normas interacción entre docentes estudiantes, asignación de tareas, etc., continúan reforzando relaciones autoritarias entre los/as estudiantes y transmitiendo estereotipos sexuales excluyentes, jerárquicos, que desembocan, entre otras cosas, en comportamientos violentos, los cuales con aceptados de forma positiva considerándolos como “juegos”

Todas estas manifestaciones de la violencia permitidas en la escuela, afectan a cada niño/a, en su ser: en su forma de entender el mundo, en su sexualidad, en la construcción de la visión que tiene de sí mismo, en su dignidad y por consiguiente en la estructuración de la personalidad, formando personas con valores equivocados, luchando por conseguir poder, superioridad para en

adelante no ser víctimas, sino los maltratadores. Ya que han comprendido que el maltrato es una actitud para la disciplina sin embargo cuando son los alumnos los que pegan se les dice que no es correcto dándoles simbólicos incongruentes.

La Iglesia:

La religión católica tiene una fuerte influencia dentro de las comunidades siendo una de las principales sostenedoras del sistema patriarcal, considera al hombre como el jefe de familia, al que las mujeres y los hijos e hijas, le deben obediencia, sumisión y servicio.

La violencia contra la mujer también se esconde entre las paredes del matrimonio y de la iglesia, donde la mujer le debe respeto al hombre y aceptara todo para salvar su matrimonio por sus hijos.

Marfil Frank al hacer un análisis sobre la religión y violencia manifiesta que: desde la colonia, la moral católica propugnan para los varones la continencia sexual e impone para las mujeres la castidad prematrimonial. Cualquier conducta ajena a dicho modelo constituirá una desviación pecaminosa, una lucha entre el demonio y Dios. A pesar de las formas de resistencia sutil, a la larga, la prédica cotidiana y los castigos terrenales y espirituales que amenazaban a los que lo incumplieran acabaron calando en la conciencia de los dominados, degradando la naturaleza de sus relaciones afectivas e introduciendo la culpa y la violencia en la vida de las parejas.

Medios de comunicación:

La idea de mujer que proyectan los libros de textos, las películas, la televisión, los comentarios, etc. Es una forma de violencia que deshumaniza a las mujeres al perpetuar los estereotipos que refuerzan la idea sobre su inferioridad y actúan como legitimadores de roles que presentan a las mujeres como objetos y no sujetas de la historia, del arte, de la cultura, de sus vidas.

La violencia como problema de salud pública:

Un estudio del Banco Mundial en 1993, señala que la "violación y la violencia doméstica son una causa significativa de discapacidad y muerte entre mujeres en edad reproductiva, tanto en el mundo industrializado como en desarrollo". Este mismo estudio señala que la violación y la violencia doméstica representan el 5% de los años de vida saludables perdidos por mujeres en edad reproductiva en países en desarrollo.

La violencia es un factor de riesgo agravado en el embarazo, el período de lactancia, no sólo porque las mujeres necesitan de más protección y apoyo, sino porque físicamente, biológicamente y afectivamente son más vulnerables que en otras etapas de vida.

En el Ecuador, la segunda causa inmediata de enfermedad y muerte de las mujeres es el riesgo reproductivo.

Al analizar los derechos y la salud sexual y reproductiva reconocemos que sus componentes esenciales: el disfrute de una vida sexual sana satisfactoria y sin riesgos; el derecho a procrear o no; la libertad de decidir el número y espaciamiento de los hijos/as; el derecho a la información oportuna y adecuada: el acceso y posibilidad de elección de métodos de planificación familiar; la detección, prevención y atención de enfermedades de transmisión sexual y SIDA, así como el cáncer cérvico uterino y de mama; y el acceso a servicios de salud de calidad, sin discriminación de sexo, edad, etnia, clase, estado civil, son derechos que se ven seriamente limitados y amenazados por la violencia intrafamiliar y de género

Sistema Legal

El derecho y su estructura.- La jurista Alda Facio, en su obra "Cuando el Género suena: cambios trae ", señala que observado el Derecho con un enfoque de género, se encuentra estructurado a partir de tres elementos o componentes relacionados entre sí:

a) Componente formal-normativo.

b) Componente estructural

c) Componente Político- cultural.

Alda Facio enfatiza que "Cuando el hombre es el modelo del ser humano todas las instituciones creadas socialmente responden solamente a las necesidades sentidas por el varón, o cuando mucho, a las necesidades que el varón cree que tienen las mujeres. Cuando el hombre es sentido como representante de la humanidad todos los estudios, análisis, investigaciones narraciones y propuestas se enfocan desde la perspectiva masculina únicamente. "

Es importante visualizar que el derecho está condicionado por la parcialidad, y que es androcéntrico y ello se ha visto reflejado en varias formas que lo que hacen es excluir a la mujer en varias formas del ejercicio de sus derechos.

Pero el androcéntrismo no está presente solamente a nivel normativo (tratados, constituciones, leyes) sino sobre todo en el componente estructural y político cultural del Derecho, que como lo señala la jurista Facio, estarían dadas por todas las formas en que las autoridades u operadores de justicia.

Por tanto esta construcción cultural dada por formas de comportamiento, actitudes o características específicas de lo que es ser hombre y mujer, ha producido una histórica desigualdad en el ejercicio activo de derechos entre hombres y mujeres, llevando estas últimas la peor parte.

Componente Cultural del Derecho.- Según la tratadista manifiesta que las leyes son el resultado de la forma en que cada sociedad percibe sus derechos y las sanciones a quienes los vulneren, es así que por ejemplo a lo largo del desarrollo de las civilizaciones se han eliminado ciertas sanciones que van en contra de los derechos fundamentales de los imputados como por ejemplo, la pena de muerte.

El sistema legal ecuatoriano a favor de la VIF

En el año 1994 se crean las Comisarías de la Mujer y la Familia. El Estado ecuatoriano considera la importancia del trabajo en el área de la Violencia Intrafamiliar y representado por el entonces DINAMU, y el Ministerio de

Gobierno, en alianza con organizaciones de la sociedad civil asumen esta problemática como un verdadero problema social por solucionar, motivo por el cual proponen trabajar mancomunadamente con un objetivo crear espacios primero para enfrentarla y luego tratar de prevenirla.

Un año más tarde se elabora la Ley Contra la Violencia a la Mujer y la Familia, posteriormente vino su discusión y finalmente su promulgación, con la firma y ratificación por parte del Ecuador de la Convención para Prevenir sancionar y erradicar la Violencia contra las Mujeres (Convención de Belem o Pará en el año de 1994), este instrumento legal pretende remediar la violencia de género, además de que determina la obligación del Estado para prevenir, sancionar y erradicar los actos de violencia contra las mujeres.

Podemos ir observando entonces los avances que se han logrado en cuanto Derecho de la Mujeres y su reconocimiento jurídico en el Ecuador, pero la ley no es suficiente para cambiar lo culturalmente establecido, si bien la Ley, debe ser considerada un avance muy significativo, pues como señala Alda Facio, es una forma de institucionalizar una forma de pensar.

MICROSISTEMA

Dentro de este subsistema se producen microprocesos, que son fenómenos intrapsíquicos tal como quedan afectados por factores sociales, culturales y las interacciones entre individuos, sobre todo entre parejas y grupos pequeños como la familia.

La familia:

Los comportamientos de las personas dependen básicamente de lo aprendido en etapas tempranas de su vida dentro del seno familiar, a través de dos factores fundamentales: los procesos de socialización y de identificación.

El proceso de socialización tiene su "influencia en la niñez y a partir de la madurez, estos rasgos fundamentan del carácter individual y le sirven de guía en su actuar.

Los procesos de identificación ocurren al interior de la familia y son entendido como: es el proceso donde el niño o niña absorbe la manera de comportarse de los adultos, acomodando su conducta a esos modelos se convierten en su ejemplo de acción.

Los patrones de conducta adquiridos en el hogar pueden modificarse o establecer nuevas reacciones, a través de nuevas identificaciones producidas en otros medios, como el escolar. Sin embargo, en éstos, también se mantienen y se invisibilizan los comportamientos violentos, volviéndose normales formas de relación entre los géneros.

El individuo:

La formación de la identidad es un entronque de procesos individuales y sociales, no solo de micro (familia), sino de la macroestructura (ideología, valores). Se habla de un/una individuo social en virtud de haber introyectado un conjunto de relaciones sociales a través de las cuales convive en un mundo cultural dinámico.

Los individuos se van haciendo en varias dimensiones⁴⁹:

- a) El proceso constitutivo de la persona, que es la construcción de las identidades como experiencia individualizable, sus subjetividades, sensibilidades, imaginarios, etc.
- b) El proceso constitutivo de los actores sociales, en tanto actores colectivos, cuyos referentes de identidad se basan en relaciones de oposición y en su inserción y repercusión en la totalidad.

La noción de sujeto, nos conduce así a un terreno más complejo y por tanto, cargado de ambigüedades y contradicciones, que nos remite, a veces, a una experiencia individual y otras, a un sujeto portador de conocimiento de las transformaciones sociales.

La noción de género hace referencia a las identidades construidas sobre las diferencias sexuales de varones y mujeres y a la comprensión de las diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres presentes no sólo en las relaciones

⁴⁹ MONTERA Maritza "Carácter y Ambiente"

personales sino en la vida institucional de la sociedad y en las valoraciones culturales. (Narda Henríquez, *Identidades y Jerarquías*, pg. 91)

Alude de modo directo a la experiencia personal de los individuos, pero también a los vínculos que definen las afiliaciones colectivas de los individuos en una sociedad. Por tanto la formación de la identidad no se limita a procesos relacionados con los roles o la formación del auto - concepto, auto- imagen, auto - estima. Es un proceso de interacción continua de vínculos espacial, temporal y social.

Roles de género.- Los roles están entendidos como la estructura mediadora entre el individuo y el grupo, es una función del sistema que se desarrolla independientemente de las personas" (Agazarian 1991). El rol es un potencial constante, accesible a cualquier miembro del grupo, al que la dinámica del sistema le exija cumplirlo. Cada rol tiene un objetivo, cuyo logro obliga a conductas distintas pero que son dependientes entre sí, como los roles interdependiente de madre y padre y el de marido y esposa y el de hombre y mujer que deben ser asumidos por las personas simultáneamente.

Estos roles están construidos socialmente en base a una división sexual del trabajo y poder de los recursos.

REVISTA DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE BUENOS AIRES VIOLENCIA DOMESTICA: MODELO ATENCIÓN INTEGRATIVO⁵⁰

Planteamiento de la problemática

En el aspecto violencia nos encontramos con múltiples posibilidades la violencia social, violencia laboral, violencia escolar, violencia simbólica, violencia familiar, violencia financiero-económica, etc. Para el presente trabajo indagamos en datos ya elaborados por centros especializados. Por un lado un conjunto de datos obtenidos vía Internet desde la Dirección General de la Mujer del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, también tomamos datos correspondientes al equipo de Violencia Familiar del Hospital Cosme Argerich

⁵⁰ www.ispm.org.ar/violencia/images/hechos/los-hechos.html: "VIOLENCIA DOMÉSTICA"

dependiente del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Este estudio busca responder cuáles son las redes necesarias para la asistencia de estos casos, considerando además que la Violencia Familiar tiene un aspecto social, político y económico que repercute en todo el ámbito de la sociedad y la estructura de la salud de la comunidad

Modelo psiquiátrico

El modelo que presenta la psiquiatría está fundamentalmente centrado en las características de personalidad del agresor, desde este punto de vista las variables consideradas apuntan a aspectos psicopatológicos. En este modelo se expresa el siguiente enunciado: "el hombre que maltrata a su mujer está severamente perturbado, explicándose la brutalidad desplegada como una conducta patológica"

Este modelo es criticado puesto que toma sólo variables intrínsecas al hombre sin considerar aspectos sociales, culturales, es decir que habría una razón individual para el ejercicio de la violencia.

En este modelo explicativo también se considera el uso y abuso de alcohol y/o drogas como una variable a tener en cuenta al momento de dar cuenta de la conducta del maltratador.

Modelo Psicosocial

En este modelo se incluyen diversas posibilidades o modelos que dan cuenta de la etiología de la violencia.

Por un lado el esquema que considera que "la agresión es el resultado de cierto estilo de interacción conyugal"; particularmente ésta es una concepción de

ciertas escuelas de la Psicología de orientación sistémica que explica que, dado que el sistema queda conformado por una persona que maltrata y la otra sostiene ese tipo de relación, entonces se podría pensar que la intervención tiene que realizarse sobre el sistema o sobre uno de los miembros que sostiene y da continuidad al mismo. Dejaría entonces traslucir que la víctima es quien invitaría al ejercicio de la violencia con el objeto de sostener el sistema que la contiene.

Otro postulado que quedaría ubicado como explicación de modelo psicosocial serían aquellas teorías que sostienen un postulado del tipo: "existe una estrecha relación entre la violencia sufrida por los protagonistas durante su infancia y la agresión desplegada o sufrida en la vida conyugal". Esta conceptualización toma como base fundamental lo que serían las teorías del aprendizaje social, en las cuales se postula que el ser humano aprende las conductas de su medio y luego en la vida adulta las repite como resultado de un aprendizaje por un lado, o por imitación e identificación por el otro. Queda claro, desde esta posición teórica, que el maltratador aprendió su conducta y la modalidad de relación con su esposa, de igual manera la mujer víctima aprendió su posición con relación a su marido por tanto sostienen entre los dos esta particular forma de convivir.

Modelo socio-cultural

El enunciado directriz de este modelo sería del tipo: "la violencia es consecuencia de la estructura de la sociedad global". Una de las orientaciones denominada teoría de los recursos nos plantea que la violencia se explica en términos de la mayor o menor cantidad de recursos que posea una persona, considerando recursos a un conjunto de variables tales como económicos, inteligencia, saber, prestigio, respeto, autoridad, violencia, etc. En esta posición tendríamos entonces que la violencia puede ser un recurso como defensa contra la frustración o también considerando aquellos esquemas familiares donde la edad y el sexo de las personas ubican en posiciones de prestigio y privilegio sobre los demás, en este caso miembros de la familia.

Otra perspectiva dentro de este modelo sería aquella que plantea la agresión como forma de poder, cuando este poder es cuestionado, entonces la violencia se ejerce como una forma de tentarlo, y sostenerlo. La base fundamental de un postulado de esta teoría requiere de la idea de poder que tiene su expresión en la desigualdad existente entre la relación hombre-mujer.

Nos encontramos en este enfoque teórico también con la posición feminista radical que plantea que la violencia hacia la mujer es característica de la posición social planteada por el patriarcado, en la cual la hegemonía cultural y política de los hombres se apoya sobre el control social de las mujeres. En este esquema no hay un quiebre entre estructura de poder y empleo de la violencia, ésta se emplea toda vez que sea necesario mantener el control de la situación en tanto el poder se vea cuestionado.

Modelo ecológico

Como podemos ver los modelos planteados más arriba toman un conjunto de variables particulares, de acuerdo a sus esquemas teóricos, obviamente, es decir, la cuestión del fenómeno resulta dentro de su paradigma; sin embargo, tomando aisladamente cada modelo, nos quedan fuera de consideración otras variables que toman otro modelo, es decir, si consideramos el modelo psiquiátrico solamente, su conjunto de variables deja de lado las variables que toman en consideración las diversas líneas del modelo psicosocial o las del modelo socio-cultural.

La situación planteada así lleva a considerar un modelo integrativo, también de características sistémicas, denominado modelo ecológico que en su estructura teórica engloba todas las variables planteadas por cada uno de los modelos mencionados anteriormente.

El modelo Ecológico, planteado por Urie Bronffebrenner que es un modelo que explica el desarrollo humano en general, fue tomado por los estudiosos de la Violencia Familiar para dar cuenta de la multicausalidad de la misma. El modelo se plantea como un conjunto de sistemas donde el ser humano se desarrolla a lo largo de su vida, estos subsistemas se incluyen uno dentro de otro, es decir son continentes y contenidos por cada subsistema, a saber:

El macrosistema

Este es el mayor sistema y contiene a los otros dos, éste podría considerarse el sistema de la cultura, aquí encontramos variables como creencias y valores culturales acerca de la mujer, el hombre, la familia, los hijos; la concepción del poder y la obediencia; las actitudes hacia el uso de la fuerza para la resolución de conflictos; los conceptos de roles familiares, derechos, responsabilidades; la idea del patriarcado, etc.

Este modelo, como ya dijimos anteriormente, es el que nos permite entender que la violencia hacia la mujer, la violencia familiar en general, no es un fenómeno que pueda entenderse y/o explicarse por una unicausalidad sino por una multicausalidad.

El exosistema

Este sistema que abarca a la anterior toma en consideración todo aquello que podríamos llamar las instituciones sociales donde un individuo realiza sus actividades de desarrollo, por ejemplo, la escuela, la iglesia, la justicia, el sistema de salud, etc. En la violencia particularmente podemos encontrar variables tales como legitimación institucional de la violencia, modelos violentos (medios de comunicación), carencia de legislación adecuada, escasez

de apoyo institucional para las víctimas, déficit en la formación de profesionales para atender la violencia, etc.

El microsistema

En este sistema se toman en consideración todas las variables que tienen que ver con las relaciones cara a cara de los individuos, se incluyen la familia, los amigos, obviamente al individuo mismo. Particularmente para la violencia consideramos la historia de violencia en su familia de origen, el aprendizaje de resolución violenta de conflictos, autoritarismo en las relaciones familiares, baja autoestima, aislamiento, etc.

ALBERGUE PARA MUJERS QUE SUFREN VIOLENCIA: MÉXICO D.F. MODELO ATENCIÓN INTEGRAL DE VIOLENCIA DE GÉNERO⁵¹

PERFIL DE LA MUJER A SU INGRESO AL ALBERGUE

Amas de casa, edad promedio 20 a 35 años, falta de hábitos higiénicos y alimenticios, desconoce su salud sexual y reproductiva, tiene un bajo control de impulsos, siente angustia, deprimida, desempleada, bajo nivel de escolaridad, desnutrida, desvalorizada, siente culpa, dependiente, desconoce sus derechos, tiene traumatismos físicos, sufre insomnio, con ideas suicidas y homicidas, frustrada, siente soledad, siente desamor.

MANIFESTACIONES PSICOSOMÁTICAS EN MUJERES QUE VIVEN VIOLENCIA FAMILIAR

La preocupación por considerar a la violencia como un problema de salud pública empieza a ser un tema predominante a principios de la década de los noventa, sobre todo por el reconocimiento de las implicaciones que ésta tiene

⁵¹ www.ispm.org.ar/violencia/images/hechos/los-hechos.html: "CASAS DE ACOGIDA", ingreso, Cuenca 30 de Enero del 2007

sobre los patrones de morbi-mortalidad y la creciente demanda de atención en los servicios de salud a nivel nacional.

El presente estudio se realizó en el “Albergue para mujeres que viven violencia familiar” del Distrito Federal y tiene como finalidad conocer el grado de depresión que presentan las mujeres víctimas de violencia, así como sus principales manifestaciones psicosomáticas.

Es un estudio prospectivo, descriptivo y observacional, en el que se revisaron 100 casos de mujeres que ingresaron al Albergue desde junio del 2002 hasta junio del 2003.

TRASTORNOS SOMÁTICOS

| SÍNTOMA | MANIFESTACIONES |
|--------------------------|--|
| Trastornos del sueño | Insomnio que se presenta al principio o al final del periodo de descanso, sueño inquieto; en algunos casos hay hipersomnio |
| Trastornos del apetito | Anorexia que puede originar pérdida importante de peso. En ocasiones hay hambre compulsiva. |
| Disminución de la libido | Debilitamiento o desaparición del deseo sexual. |
| Cefalea tensional | Afectación a los músculos de la nuca y a los temporales. |
| Trastornos digestivos | Dispepsia, gastritis, colitis, gastroenteritis. |
| Dermatitis atípica | Dermatitis eritematosa, pruriginoso, crónica, liquenificada. |

LÍNEAS DE ACCIÓN ATENCIÓN Y PREVENCIÓN

- La intervención se consolida a través de la atención directa.
- Frente a una situación de riesgo o límite que ubica a las mujeres como usuarias de este servicio, y al mismo tiempo el trabajo re-educativo durante su estancia tiende a prevenir, en un futuro, situaciones que violenten la integridad bio-psico-social de las usuarias y de sus hijas e hijos.

PROGRAMA DE ATENCIÓN JURÍDICA

Denuncia por violencia familiar; divorcio necesario; divorcio voluntario; guarda y custodia de menores; pensión alimenticia; denuncia por lesiones; denuncia por abuso sexual; denuncia por maltrato a menores; registro de menores y adultos; acompañamiento a las instancias jurídicas.

ATENCIÓN PSICOLÓGICA

Terapia individual para:

Disminución de los síndromes de maltrato e indefensión; estrés post-traumático; intervención en crisis; autoestima; depresión; disminución de las ideas suicidas-homicidas; expresión de elaboración de sentimientos; empoderamiento (conducta pro-activa y productiva).

Terapia grupal para:

Socializar el problema; evitar el aislamiento; desnaturalizar la violencia; crear redes sociales de ayuda; resolución no violenta de conflictos.

ATENCIÓN DE DESARROLLO INFANTIL

Psicología infantil

Terapia individualizada; terapia grupal; orientación para la crianza.

Sala de bebés

Estimulación gruesa y fina para niñas y niños de 0 a 3 años y, fortalecimiento del vínculo materno infantil.

Ludoteca

Orientación y apoyo a tareas escolares; actividades recreativas y culturales; estimulación a la lectura con libro-club; fortalecimiento de la integración con pares.

ATENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

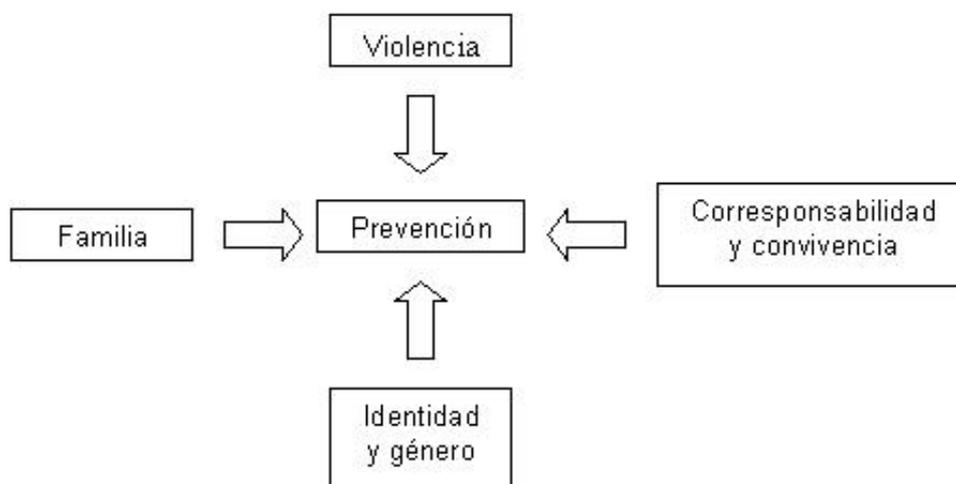
Módulo mujer-trabajo; investigación de caso; orientación; elaboración de plan de vida; fortalecimiento de redes familiares; fortalecimiento de redes sociales; enlaces institucionales; visitas domiciliarias; seguimiento; programa de educación para adultos.

ATENCIÓN MÉDICA

Prevención de enfermedades; consulta de primer nivel; sexualidad y salud reproductiva; tratamiento y prescripción de medicamentos; remisiones a unidades de segundo y tercer nivel de atención para continuidad del tratamiento; seguimiento del tratamiento; curaciones.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN INTEGRAL

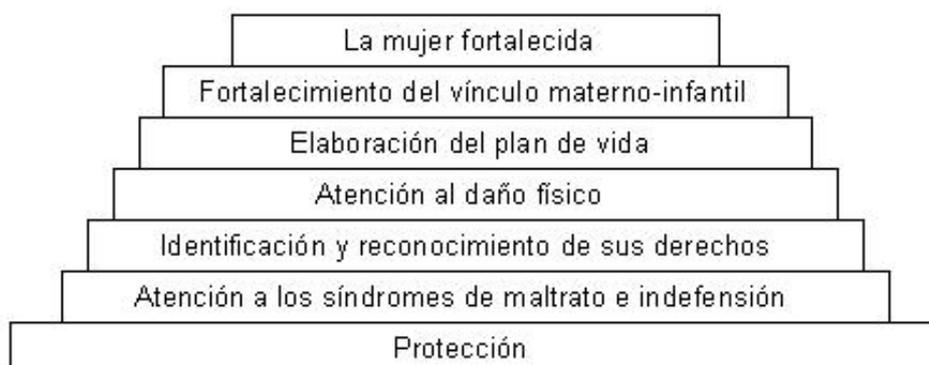
Potenciar las capacidades de respuesta personal, familiar y comunitaria de mujeres, niñas y niños a través de propuestas educativas cuyos ejes temáticos se manejan multidisciplinariamente y son:



PROGRAMA INTEGRAL DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN

| |
|---|
| <p>PRIMERA ETAPA</p> <p>Atención y prevención multidisciplinaria: atención directa de la violencia familiar (diagnóstico y tratamiento); educación para la vida con enfoque de género y derechos humanos, para la resolución de las necesidades estratégicas.</p> |
| <p>SEGUNDA ETAPA</p> <p>Atención y prevención multidisciplinaria integral: apoyo para la resolución de las necesidades básicas a través del módulo mujer-trabajo, y alternativas productivas a la economía familiar.</p> |
| <p>TERCERA ETAPA</p> <p>Atención y prevención multidisciplinaria con proyección autogestiva y comunitaria: preparación para el egreso de las mujeres y sus hijas e hijos mediante la vinculación interinstitucional para coordinar acciones con los diferentes programas del GDF; fortalecimiento de las redes de apoyo.</p> |

ATENCIÓN BÁSICA



3.2. Análisis de los modelos de atención

La violencia intrafamiliar afecta a 8 de cada diez mujeres en nuestro país, y esta afecta su salud física y mental, haciendo que sean menos productivas para la sociedad, y su calidad de vida se vea significativamente afectada, por esta razón el estado que pertenece a un sistema grande, ha propuesto leyes que protejan a las mujeres de todo tipo de discriminación y violencia.

Sin embargo es importante destacar que las medidas de protección brindadas por la ley 103 no han sido suficientes para solucionar todos los problemas que consigo trae la violencia. Es por esta razón por lo que se ve la necesidad de revisar y analizar los diferentes modelos de intervención con el objetivo de encontrar lo mejor para ayudar a la mujer y sus hijos a mejorar su calidad de vida.

La violencia es un problema que trae muchas consecuencias y que se ha convertido en la segunda causa de mortalidad de mujeres en edad reproductiva, es así como organizaciones a nivel mundial ha visto a la violencia ya no como un simple problema sino un problema de salud pública, destacando su importancia en el abordaje y más aun en el abordaje multidisciplinario.

Para la construcción de un modelo de atención integral de violencia intrafamiliar, es importante tomar en cuenta las partes más importantes y más simples, con el objetivo de que puedan ser aplicables en nuestro medio y así de cada sistema recoger lo que permita que el apoyo a las víctimas sea más rápido y a su vez eficaz.

Si tomamos en cuenta el modelo de la Organización Panamericana de la Salud podemos notar que es un modelo muy general, y que contempla como eje principal a la salud de las víctimas, tomando en cuenta que la violencia es uno de los problemas con mayor incidencia en la disminución de la salud de las mujeres y edad reproductiva, representando un costo elevado para el estado y la sociedad.

Este modelo contempla una gama de problemas desde el microsistema donde estarán ubicadas las políticas públicas propuestas por el estado y los organismos que a este lo sustentan; hasta el microsistema donde encontramos a las mujeres atravesando la ruta crítica de la violencia y sus necesidades en el plano biomédico, social, psicológico y legal.

Este modelo no contempla el abordaje y atención de los agresores, no por reducirle importancia a su papel dentro del círculo de la violencia, sino por que el área ha sido muy poco explorada y hay una gran dificultad para el tratamiento de ellos por las presiones sociales y culturales impuestas en las formas de relación de los hombre y el gran impedimento que tienen para pedir ayuda impuesto por los imaginarios sociales.

El modelo de atención de la OPS reconoce como aspecto importante lo biológico, lo cultura, entendiéndole a lo cultural como los valores adquiridos individual y colectivamente, toma en cuenta también el hábitat, los recursos con los que cuenta y su ambiente social. Es importante darnos cuenta que estos aspectos como lo plantea el modelo no actúan solos, es decir todos se articulan entre si formando a un solo individuo, esta claro que estos aspectos no son las causas de la violencia ya que no todos los hombres pobres son agresores, ya que la violencia está en todas las clases sociales. Sin embargo estos al no ser causas si pueden ser factores predisponente de una conducta violenta que pueden estar direccionados por factores socio culturales e interpersonales.

Este modelo busca principalmente que el problema de la violencia se visualice y trate de forma integral, determinando como ejes directrices la detección temprana del problema, la prevención, la atención cálida la promoción de formas no violentas de convivencia. Y todo esto visto desde lo social los psicológico legal y biomédico.

El modelo de atención integral planteado por la RED de violencia intrafamiliar de a ciudad de Cuenca, su modelo está enraizado al modelo ecológico que plantea como raíz principal para el abordaje al microsistema, ecosistema, y

microsistema, muy parecido al modelo planteado por la Organización Panamericana de la Salud.

El primero de los ejes abordados es el microsistema que es un sistema amplio que se encarga de la organización desde lo estatal, del sistema de creencias, los estilos de vida según la cultura, luego plantea un ecosistema quien se encargará la comunidad, las instituciones mediadores entre el individuo y la cultura, como la iglesia, la escuela, los medios de comunicación, etc. Y finalmente tendremos al microsistema donde encontraremos ya a todos los vínculos más cercanos a la persona como lo es la familia. Aquí encontraremos al individuo como un ser multidimensional, sustento que nos llevara a tratarlo y atenderlo de forma integral, teniendo en cuenta que a más de ser parte de los tres sistemas antes mencionados, tendrá cada individuo una dimensión cognitiva, conductual, emocional y de comunicación propia y que determinará su respuesta.

Este modelo tiene como piedra angular el la desigualdad de género visualizado como el problema central de la violencia. Este término que al parecer dice muy poco genera muchas conductas en un individuo en contra de otra. En cuanto al género debemos tomar en cuenta que hay varios elementos que lo constituyen como los símbolos dados para hombres y mujeres, los conceptos normativos, las instituciones y organizaciones, y la identidad subjetiva que esta dada en hombres y mujeres como una continuación de lo aprendido de sus padres (madre sumisa e hija sumisa, padre agresor - hijo agresor). Son estos elementos los que establecen estereotipos en los imaginarios tanto de niños como de niñas reforzados por las escuelas, la iglesia, etc.

El género como tal surge en las relaciones sociales ya sean estas privadas o públicas, el modelo plantea que el problema de género no está en que es lo que hacen las mujeres sino el significado que se ha dado a estas actividades, desvalorizando su importancia y dejándolas como actividades exclusivas para mujeres, poniéndolas en un nivel de subordinación. Para finalizar la Red plantea que el rol de género sea un mediador entre el individuo y el grupo y que si se aborda estas desigualdades haciendo conocer y adoptar a las mujeres

sus derechos, buscando su empoderamiento se logrará que al menos las mismas mujeres se ven como sujetas de derechos y de un lugar dentro de la sociedad.

Este modelo no plantea la atención de los agresores, tomando en cuenta que el grupo de mayor vulnerabilidad es el sexo femenino.

El modelo integral de atención de violencia doméstica de Buenos Aires plantea como eje primordial el trabajo y la atención multidisciplinaria. Hace como manera introductoria un análisis de los diferentes modelos de intervención desde diferentes ejes. Por ejemplo, tenemos que el psiquiátrico quien se ocupa únicamente del agresor analizando su conducta como algo patológico dejando de lado lo social, y lo cultural del individuo, luego tenemos el modelo psicosocial quien aborda al problema de la violencia adjudicándole la mayor responsabilidad a las conductas aprendidas en la infancia y los estereotipos seguidos de la sociedad, el modelo sociocultural plantea que la causa de la violencia esta determinada por las estructuras jerárquicas de la familia, los recursos materiales y humanos de cada uno de los miembros y a una sociedad patriarcal que otorga el poder a la figura masculina, quien debe guiar, defender y disciplinar sin importar el medio que utilice para hacerlo.

Nuevamente nos encontramos ante la problemática planteada por el modelo de la OPS quien plantea a todos estos problemas no como causas sino como factores que podrían ser predisponentes de las conductas agresivas pero que no necesariamente desencadenaran en violencia.

Sin embargo la misma revista reanaliza y plantea que no se puede atender la violencia solo desde uno de los modelos antes planteados sino que debe ser multidisciplinario planteando el modelo ecológico como el más adecuado para el abordaje. Este modelo al igual que el modelo de la OPS y la RED VIF plantea el abordaje desde el microsistema, el ecosistema y el macrosistema. Jorge Corsi un destacado catedrático de la Universidad de Buenos Aires plantea al modelo ecológico como el modelo más adecuado para el trabajo con violencia intrafamiliar, destacando la importancia de no psicologizar un problema

interdisciplinario. Jorge Corsi plantea varias hipótesis para el trabajo con los agresores sin embargo aun no se ha logrado establecer un modelo de intervención con ellos. Este autor argentino plantea que el “tratamiento” o “terapia” en el abordaje de los agresores esta muy mal utilizado ya que estos témanos estarían dirigidos a la curación de una enfermedad y de ningún modo de puede considerar a los agresores como tal, sino que son conductas basadas en un sistema de creencias y el fuerte componente cultural que tiene detrás la cultura patriarcal construida.

Es caloroso que los modelos de abordaje en Argentina toman en cuenta al hombre como sujeto que necesita una intervención y apoyo, sin embargo aun las investigaciones y estudios siguen buscando modelos de abordar esta problemática.

Finalmente se reviso el modelo de atención planteado en una casa de acogida de la ciudad de México, quienes no plantean un modelo basado en una estructura lineal sino en las experiencias y necesidades e las mujeres acogidas en la casa. Es así como se plantean líneas de acción dirigidas a la atención personal de la mujer buscando ayudarla a verse a si misma como sujeta de derechos y capas de prevenir un nuevo evento de violencia. Posteriormente el trabajo esta dividido en áreas la jurídica que se encargará de las denuncias, los divorcios, las custodias, mediaciones y acompañamiento a las diferentes instancias jurídicas, luego estará el área psicológica quien se encargará de la terapia sea esta individual o grupal dependiendo de la problemática de la mujer. Habrá el área de trabajo social quien se encargará de a investigación pertinente sobre la mujer, el seguimiento el fortalecimiento de las redes familiares y la construcción del plan de vida de cada una de las mujeres, también habrá el área de los niños y el área medica, en la primera estará el trabajo terapéutico con los niños, la estimulación a los más pequeños y las actividades recreativas y referazo escolar. El área médica estará comprendido la prevención, atención primaria y tratamiento.

Todos estas áreas estarán siempre en íntima conexión ya que al dividir las en áreas no significa según lo planteado por el albergue que van a estar aisladas unas de otras más bien todo lo contrario todas las áreas buscarán el manejo multidisciplinario de las mujeres con el fin de lograr su empoderamiento y en el momento en que salgan de la casa lo hagan desde otra perspectiva más clara y sabiendo que son sujetas de derechos.

El albergue tampoco plantea un abordaje de los hombres agresores, por que la población vulnerable es del sexo femenino.

CAPITULO IV

“Cualquier ley que enaltece la personalidad humana es justa.



Cualquier ley que degrada

La personalidad humana es injusta.

Todos los estatutos de segregación

Son injustos porque la segregación

Distorsiona el alma y daña la personalidad.”

MARTIN LUTHER KING, EE.UU. 1969.⁵²

ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y DEFINICIONES DEL MODELO HUMANISTA

4.1. Hacer una explicación sobre el modelo clásico de la atención en violencia intrafamiliar con otras técnicas.

Hemos podido notar que el modelo clásico de atención está guiado por un modelo ecologista y sistémico que plantea trabajar el tema de la violencia intrafamiliar de forma holística. El planteamiento de los diferentes modelos de intervención estudiados está dirigido a apoyar a las mujeres y sus hijos a salir de la situación de violencia o tener las medidas de amparo adecuadas para defenderse de una nueva situación de violencia.

Debemos tener en cuenta que ninguno de los modelos de atención planteados está dirigido a la atención en crisis de las mujeres, y es claro que vivir dentro de un ambiente violento implica mantener estados de crisis agudas que por lo general están somatizados por las mujeres, como mecanismo de defensa del ambiente hostil en el que se están desarrollando.

Es por este motivo que se considera necesario el trabajar en violencia de forma integral, logrando satisfacer las necesidades de las mujeres indistintamente de la situación por la que atraviesan. El modelo humanista planteado es un muy buen modelo de intervención en el primer momento donde las mujeres

⁵² Martin Luther king, EE.UU. 1969.

necesitan revalorizarse y saberse seres humanos dignos y portadores de derechos, que deben ser exigidos.

4.2. Reseña histórica de la teoría humanista⁵³

La psicología humanista en la década de los 60's surge en reacción al conductismo que se caracterizaba por ser una corriente donde la mayor parte de la experiencia dominaba un excesivo énfasis sobre la observabilidad de la experiencia y la conducta del sujeto, manteniendo el análisis elementalista de las conductas aisladas, y el psicoanálisis quien se interesaba en las fuerzas inconscientes y los aspectos simbólicos, quienes centraron la investigación en la personalidad anormal y enferma.

Sin embargo la corriente humanista a la que se le denominó la tercera fuerza visualiza al sujeto como un ser con valores sociales y culturales, rasgos característicos de esta orientación quienes mantenían un movimiento filosófico y sociocultural más que estar regidos por una escuela científica.

La teoría humanista tiene sus bases en Norte América, antes de que el movimiento haga su aparición en la década de los sesenta, inicia sus cimientos años atrás, es así como en 1961 se constituye la Asociación Americana de Psicología Humanista (AAHP), y aparece el primer número de la revista humanista, en 1969 la asociación cambia su nombre a Asociación de psicología Humanista (AHP), la cual fue fundada por Abraham H. Maslow, Charlotte B. Bühler y Rollo May.

En esta década aparece el movimiento humanista, enlazado con el malestar de la sociedad ante el mecanicismo y el materialismo que predominaba y lo cual había acabado de deshumanizar la sociedad de esa época. La psicología humanista nace en un momento de desequilibrio y concluye con la búsqueda de

⁵³ Tortosa Gil, F. "psicología humanista/ antecedentes", Internet, biblioteca virtual, http://es.wikipedia.org/wiki/Psicolog%C3%ADa_humanista Acceso 14 de mayo 2007.

nuevos horizontes y principios políticos y éticos más aceptables. El humanismo se sintonizó con grupos que buscaban una sociedad democrática que reaccionaba en contra del conductismo el cual reflejaba los valores tecnocráticos que dominaban la época.

La psicología humanista es una escuela que pone de relieve la experiencia no verbal y los estados alterados de la conciencia como medio de realizar nuestro pleno potencial humano, dando énfasis a la importancia de la conciencia olvidada y rechazada durante mucho tiempo.

El humanismo constituyó una obra de muchos autores quienes pusieron una parte de su conocimiento para construir la tercera fuerza. Entre los antecedentes filosóficos se encuentran autores como Soren Kiergaard (1813 - 1855) la gran parte de su obra estuvo dirigida a la religiosidad a la ética y las emociones y sentimientos de los seres humanos cuando se enfrentan a las elecciones que plantean la vida; Wilhelm Dilthey, (1833 - 1911) fue un filosofo quien pretendía establecer una ciencia subjetiva de las humanidades que debía centrarse en una realidad, afirmaba que el estudio de las ciencias humanas supone la interacción de la experiencia personal, el entendimiento de la experiencia y una expresión del espíritu en los gestos; F. Bretano (1838 - 1917) destaca el papel de la experiencia y el carácter intencional de los actos psíquicos; E. Husserl entre 1859 y 1938 destaca el análisis de la experiencia inmediata de la consciencia pura a través de la fenomenología; en 1911 Alfred Adler, (1870 - 1937) se retira del movimiento psicoanalítico, e inicia el establecimiento de la psicología individual, desarrollando un método psicológico centrado en la influencia del medio social y familiar en el carácter del sujeto; Martín Büber (1878 - 1965), apoya con su obra YO - Tu donde detalla las relaciones entre el hombre y el mundo; Kurt Goldstein (1878 - 1965), fue un neurólogo quien plantea el concepto holístico de la autorrealización orgánica, crea una teoría holística basada en la teoría gestaltica lo cual constituyó una influencia profunda en la terapia de la gestalt; L. Binswanger (1881 - 1966), fue un psiquiatra que estaba orientado hacia el psicoanálisis y que luego evolucionó hacia el existencialismo

aportando su método de análisis del significado vital, llamado *deseianálisis* (forma de ser en el mundo); Kart Jasoers (1883 - 1969) fue un psiquiatra quien mantenía como una constante en su trabajo el tema de la libertad individual, planteando que el individuo es capaz de hundirse en la resignación o dar un salto hacia la trascendencia; Otto Rank (1884 - 1939), Se preocupa por el tema de la creatividad artística, plantea hay tres tipos básicos el tipo adaptado quien aprende una voluntad impuesta y es obediente, el neurótico donde su voluntad esta dominada por una cociente pelea entre lo externo e interno y el tipo productivo quien es el artista, el genio y es conciente de sí mismo; Martin Heidegger, (1889 - 1976) busca responder la pregunta del Self y el sentido del Self, además concibe su pensamiento como el desarrollo de una historia del self; Charlotte Buhler (1893 - 1974), plantea el concepto del curso de la vida, busca explicar el propósito de la existencia humana, Rogers y Maslow tenían teorías similares a la suya y se plantea que ella fue una fuerte influencia en los autores. Fritz Perls (1893 - 1970) Crea junto con su esposa la terapia gestáltica, planteando al ser humano como una totalidad; Gordón Allport (1897 - 1967) fue un psicólogo quien examino cuestiones sociales como el prejuicio, planteó que el ser humano tiene una tendencia a satisfacer necesidades a las que llamo funciones oportunistas.

Erich Fromm (1900 - 1980), uno de sus principios renovadores de la teoría freudiana y plantea un humanismo dialectico; Rogers (1902 - 1987), quien plantea su teoría centrada en la persona; Eric Erikson (1902 - 1994) plantea desarrollo la teoría psicosocial y plantea las crisis del desarrollo como parte del ser humano; Jean Paúl Sastre (1905 - 1980), considera que el ser humano esta "condenado a ser libre" es decir arrojado a la acción y responsable plenamente y sin excusa; A. Maslow, (1908 - 1970), jerarquiza la motivación humana.

Estos constituyen algunos de los autores más destacados de la época y quienes fueron los impulsores de la teoría humanista.

4.3. “Antecedentes intelectuales de la teoría Rogeriana”⁵⁴

La teoría de la personalidad de Rogers se originó en su experiencia clínica. Creía que, al evitar una identificación demasiado estrecha con una corriente, conserva la objetividad de su propio enfoque.

Aceptaba que el principio de sus ideas sufrieron la influencia del ejemplo de Otto Rank, uno de los primeros freudianos que se atrevió a disentir de la ortodoxia sicoanalítica de aquellos años, así como, posteriormente de la obra de un trabajador social educado en las ideas de Rank (Kramer, 1995; Rogers y Haigh, 1983) así mismo señalaba que las investigaciones de Adler con niños contrastaban marcadamente con los elaborados procedimientos freudianos que se aplicaban en aquella época. A este contraste se debe la orientación que adoptó después el joven Rogers (Rogers, en Ansbercher 1990).

Los alumnos de Rogers en la Universidad de Chicago señalaban que en los conceptos de su profesor había ecos de las ideas de Martin Buber y Soren Kierkegaard. Estos pensadores constituían una fuente de apoyo, pues contribuyeron a confirmar la visión que tenía Rogers de la filosofía existencial. Muchos años después detectó paralelismo entre su propia obra y las fuentes orientales, en especial con el budismo Zen y las obras de Lao-Tsé. Aunque no hay duda que el legado de Rogers fue influido por la obra de otros autores, su contribución al conocimiento de la naturaleza humana es original y, en gran medida, una creación propia.

4.4. Conceptos fundamentales de la teoría humanista⁵⁵

La teoría humanista es una de las corrientes psicológicas que da un giro de 380 grados en el trabajo psicoterapéutico y en la forma de ver al ser humano, manteniendo como idea base la consideración global de la persona, acentuando sus aspectos existenciales como la libertad, conocimiento, responsabilidad e

⁵⁴ Fadiman, James & Fragar, Robert “teorías de la personalidad” Editorial Oxford University press, Cuarta edición, Mexico D.F. 2001

⁵⁵ Bagladi, V. Enfoque humanista experimental “psicología humanista”, Internet, biblioteca virtual, http://es.wikipedia.org/wiki/Psicolog%C3%ADa_humanista, Acceso 14 de mayo 2007.

historicidad, alejándose de cualquier tipo de reduccionismo. Es así que plantea como premisas básicas 8 puntos:

- 1) La psicología humanista es un movimiento contra la psicología que dominaba en la primera mitad del siglo XX la cual se caracterizó por ser mecanicista y reduccionista.
- 2) Da énfasis en lo único y personal de la naturaleza humana, considerando al ser humano como único e irreversible. Tomando como la tarea del humanismo el desarrollo de ese ser único.
- 3) El humanismo considera al ser humano como un ser intrínsecamente bueno y con una tendencia constante a la autorrealización. A este se lo denomina como la *“la confianza en la naturaleza y la búsqueda de lo natural”* planteando al ser humano como un sujeto que confía en las cosas que ocurren evitando controlarse y controlar su entorno con el objetivo de lograr la autenticidad.
- 4) Esta tercera fuerza busca evidenciar que la conciencia es un estado ampliado y que no se centra únicamente en la conciencia propia y en la forma que nos identificamos con los demás, sino que implica un nivel de conciencia que no solo se centra en el yo y el ego permitiéndole entender a los demás desde su propio punto de vista y sin recurrir a la crítica y a la justificación.
- 5) Plantea la trascendencia del ego y el direccionamiento hacia la totalidad, es la búsqueda de la autorrealización que constituye el ir alcanzando niveles de conciencia más elevados, que se caracterizan por ser más integradores, no vernos solo nosotros sino a la totalidad.

- 6) La psicología humanista parte desde el reconocimiento del cuerpo como medio de expresión de nuestras intenciones y pensamientos unido con nuestra mente como una totalidad, donde mente y cuerpo deben fusionarse en la congruencia para el excelente funcionamiento de la persona.
- 7) Este método busca el equilibrio entre lo racional y lo emocional, sabiendo que el desequilibrio no permitirá al individuo su desarrollo y crecer personal. El cultivo de lo emocional, lo intuitivo, lo contemplativo es un intento de reestablecer ese equilibrio.
- 8) El humanismo considera a la valoración de una comunicación que implica el reconocimiento del otro como un ser único, como el énfasis principal de la corriente. Es decir esta tendencia busca trascender en la comunicación y las formas de relacionarse con los demás, partiendo en que no funciona la comunicación y el apoyo al otro si nos centramos únicamente en una parte del otro y dejamos de verlo como una totalidad.

4.5. “Teoría de la personalidad de Roger”⁵⁶

4.4.1. Conceptos principales:

De importancia fundamental es de idea de que las personas se definen a través de la observación y la evaluación de sus propias experiencias. Su premisa básica es que la realidad constituye asuntos privados a los cuales solo puede acceder la misma persona.

Estos constructores primarios establecen un marco dentro del cual los individuos eligen y modifican la imagen de si mismos.

⁵⁶ Fadiman, James & Fragar, Robert “teorías de la personalidad” Editorial Oxford University press, Cuarta edición, Mexico D.F. 2001

4.4.1.1. *Esfera de la experiencia*

Es propia de cada individuo y contiene todo lo que sucede dentro de la envoltura del organismo en cualquier momento y que encierra la posibilidad de acceder a la conciencia. Estos comprenden los sucesos de los cuales la persona no tiene conciencia pero que si se concentra puede tener conciencia de ellos.

Tal esfera del pensamiento es selectiva, subjetiva e incompleta, esta sujeta a limitaciones tanto de tipo psicológico como biológico, aunque desde el punto de vista teórico nuestra atención está abierta ante cualquier experiencia, se concentra en las preocupaciones e intereses más innato con exclusión de casi todos los demás. Esta esfera de la experiencia es nuestro mundo real aunque no se parezca al mundo real que percibe todo el resto de las personas.

4.4.1.2. *El self como el proceso*

Esta dentro de la esfera de la experiencia, es una entidad inestable y mutable, pero a simple vista parece estable y predecible ya que para observarla, solemos "congelar" una sección de la experiencia. No hablamos de una entidad caracterizada por un crecimiento lento o por un aprendizaje gradual, es obvio que estamos frente a una gestalt, una configuración donde una modificación del menos aspecto altera completamente el conjunto. El self es una gestalt organizada y coherente sujeta a un proceso constante de formación y reformación a medida que cambia la situación. No podemos captar el self con una imagen fija, ya que hablamos de una entidad cambiante y móvil. Muchos usan la palabra self para señalar una parte de la identidad personal a la que caracteriza la inestabilidad sin embargo el significado que le da Rogers a esto es todo lo contrario el self de Rogers es un proceso un sistema que por definición cambia constantemente.

El self o concepto de si mismo es la forma en la que la persona se entiende con base en las experiencias, las vivencias y las expectativas a futuro.

4.4.1.3. *El self ideal*

El self ideal es “el concepto de si mismo que la persona anhela y al cual le asigna un valor superior” al igual que el self es una estructura sujeta a un cambio constante razón por la cual requiere una redefinición continua. Cuando el self ideal difiere del self real la persona se siente insatisfecha, y por ende, sufre problemas neuróticos. La capacidad de percibir con claridad y, al mismo tiempo aceptarse, representa un signo de salud mental. Todos los aspectos son dirigidos hacia el modelo del self ideal. A la inversa en la medida en que difiere de la conducta y los valores reales, el self ideal inhibe la capacidad de desarrollarse.

El self ideal puede convertirse en un obstáculo para la salud personal cuando difiere en gran medida del self real. Con frecuencia las personas que sufren las tensiones que crean tales condiciones se niegan a percibir las diferencias entre los actos y los ideales.

4.4.1.4. *Tendencia a la auto actualización*

Esta forma parte de la naturaleza humana, siendo parte de los procesos de los seres humanos. “es el impulso que se aprecia en todas las formas de vida orgánica y humana: expandirse, extenderse, adquirir autonomía, desarrollarse, madurar; y es la tendencia a expresar y activar todas las capacidades del organismo, en la medida en que enriquezca al organismo o al self”. Cada uno tiene una tendencia inherente a explotar las capacidades y competencias hasta donde lo permita nuestra estructura biológica.

Se percibe que en este impulso una fuerza dominante y motivadora que “funciona libremente” esto es en el individuo a quien no atan ciertos hechos del pasado o determinadas creencias.

La tendencia básica a la realización es el único motivo que se postula en este sistema teórico. El self como contrato importante en esta teoría, no puede hacerlo todo, siendo solamente una de las muchas expresiones para lograr la conservación y el crecimiento La tendencia a la auto actualización, no es un

motivo más entre muchos otros; se trata del motivo en el que concluyen todos los demás.

4.4.1.5. *Poder personal*

Se le denomina así a la dimensión social del método centrado en la persona. Dicha dimensión se relaciona con el lugar en el que se ejerce el poder de tomar dediciones, es decir que, que de manera conciente o inconciente, regulan y controlan los pensamientos, las emociones, o la conducta de otros o de sí mismo.

Rogers sostiene que los seres humanos poseen, con solo recibir la oportunidad, una enorme capacidad para usar el poder personal de manera correcta y benéfica. A menudo se opone resistencia a esta forma de dominio, el cual alcanza sus consecuencias más negativas. El autor augura que, al desaparecer este consenso restrictivo sobre el poder personal, los individuos y grupos colaboran para solucionar sus problemas; generan soluciones que no requieran el dominio de los de más sobre los menos. Rogers no pugna por un cambio en las formas de control, más bien, se pronuncia a favor de una reestructuración gradual de las organizaciones que incorporen el poder personal de sus miembros.

4.4.1.6. *Congruencia e incongruencia*

Se define a este término como el grado de equilibrio que impera entre la experiencia, la comunicación y la conciencia. Un grado alto de congruencia implica que la comunicación, la experiencia y la conciencia son casi iguales. La experiencia plena de la emociones impide la acumulación e lastre emocional que suele llevar el ser humano.

La incongruencia ocurre cuando hay diferencias entre la conciencia, la experiencia y la comunicación, esta incongruencia se caracteriza por la incapacidad del individuo de percibir con precisión, la renuncia o incapacidad a comunicarse, sobre la base de la realidad.

Cuando la incongruencia interviene entre la conciencia y la experiencia se le denomina *represión* o *negación*, en este caso la persona no se percata de lo que hace.

Cuando la incongruencia adopta una contradicción entre la conciencia y la comunicación, la persona no expresa lo que siente, piensa o experimenta en la realidad, es percibido por los demás como *hipócrita*, *falso* o *deshonesto*, sin embargo es importante dejar claro que no es que este tipo de persona sea mal intencionada, sino es la falta de congruencia social revelando una falta de control y de conciencia personal y no una naturaleza de carácter mezquino, únicamente no puede expresar emociones y percepciones reales.

La incongruencia puede padecerse en formas de tensión, angustia o en los casos más extremos, desorientación y confusión. Para el autor el verdadero problema radica en que la incongruencia exige una resolución; las emociones, las ideas o las preocupaciones conflictivas no constituyen por sí mismas síntomas de incongruencias. De hecho se trata de fenómenos mentales de la gente sana y normal. La incongruencia se manifiesta cuando el individuo no tiene conciencia de estos conflictos, no los entiende y, por esta razón no puede resolverlos y a su vez encontrar el equilibrio.

4.4.2. Dinámica:

4.4.2.1. *Crecimiento psicológico*

Las fuerzas positivas que tienden a la salud y al crecimiento como naturales e inherentes al organismo.

Rogers concluye que las personas tienen la capacidad de experimentar y cobrar conciencia de sus desajustes. Rogers postula un movimiento natural que evita los conflictos y busca la resolución. Concibe la adaptación no como un estado estático, sino como un proceso en el que se asimilan con precisión el aprendizaje y la experiencia. El autor está convencido que esta tendencia a la salud es favorecida por unas relaciones personales en las que al menos uno de los actores tiene tan poca incongruencia como para mantenerse en contacto con su propio centro de corrección. El principal cometido de la terapia Rogeriana es el

establecer una relación auténtica. La aceptación de uno mismo desencadenará en una aceptación más fácil y auténtica de los demás. El último elemento necesario es la comprensión empática, que es la capacidad de percibir con exactitud las emociones del otro. Este círculo de corrección y enriquecimiento personal sirve para superar obstáculos y favorece el crecimiento psicológico.

4.4.2.2. Obstáculos para el crecimiento

Se presenta en la infancia y son inherentes a las etapas de desarrollo normal. Las lecciones que a una edad pueden ser benéficas pueden tornarse perjudiciales en una etapa posterior. Rogers percibe algunas pautas restrictivas en el desarrollo, pero no en la magnitud freudiana.

- ***Condiciones de valor***

A medida que el pequeño toma conciencia del self, siente la necesidad de ser amado o considerado en términos positivos, debido a que los niños no saben separar sus actos de su propia identidad, es frecuente que reacciones a la aprobación de un acto, como si se tratara de una aprobación a ellos mismo, esta dinámica funciona de igual manera con el castigo.

Las conductas o las actitudes con las que se niegan ciertos aspectos del self se denominan condiciones de valor. Las condiciones de valor inhiben no solo la conducta, sino también la maduración y el conocimiento; conduce a la incongruencia y, al final, a la rigidez de la personalidad. Son cortinas de humo y filtros selectivos a los que recurre el niño necesitado para asegurarse una provisión constante de amor por parte de los padres y otras figuras, sin embargo estas actitudes constituyen un obstáculo básico para la percepción adecuada y el pensamiento realista. Las condiciones de valor generan una contradicción entre el self y el concepto de sí mismo y el reconocer y expresar los sentimientos es más sano que negarlos o repudiarlos.

- ***El crecimiento de la falsa imagen***

Mientras más grandes sean las distorsiones será mayor la posibilidad de cometer errores y causar nuevos problemas. Las conductas, los errores y la confusión que resultan son manifestaciones de las distorsiones originales.

Cada experiencia de incongruencia entre el yo y la realidad se traduce en un desequilibrio cada vez mayor, lo que a su vez conduce a la adopción de nuevos mecanismos de defensa, en lo que se cierra a nuevas experiencias y se da lugar a nuevas ocasiones de incongruencia. Perry afirma que los episodios psicóticos son un intento desesperado de la personalidad por recobrar el equilibrio y satisfacer las necesidades internas frustradas.

La terapia centrada en el cliente se esfuerza por establecer una atmósfera en la que puedan hacerse a un lado las condiciones de valor perjudiciales de modo que las fuerzas benéficas recuperen su dominio original.

4.4.3. Estructura

4.4.3.1. *Cuerpo*

El autor no presta atención particular a la importancia del cuerpo, Aun en sus grupos de encuentro Rogers no promovió ni favoreció el contacto físico o el trabajo directo con la expresión física, al menos hasta muchos años después.

4.4.3.2. *Relaciones Sociales*

Estar relacione desempeñan un papel fundamental, los primeros lazos brindan apoyo y congruencia o, por lo contrario, generan condiciones de valor y constricción de la personalidad. El trato con los demás es crucial para desarrollar la conciencia y la capacidad de un grado elevado de congruencia.

- ***Las relaciones son necesarias para conocer el self***

Sostienen que las relaciones permiten al individuo descubrir, debelar, experimentar o encontrar todo ello de manera directa, su self real. *Nuestra personalidad de torna visible a nuestros ojos a través de las relaciones con los demás.*

Para Rogers las relaciones constituyen las mejores ocasiones para desenvolverse de manera plena, en armonía con el self, el prójimo y el entorno. El deseo de plenitud motiva a los seres humanos a invertir energía increíble en las relaciones, aun en aquellas que, a primera vista, no parecen adecuadas o satisfactorias.

- *Matrimonio*

Esta es una relación especial; al ser duradera e intensa encierra la posibilidad de un crecimiento y un desarrollo sostenido. Los matrimonios exitosos son los que se componen de parejas congruentes, con menos consideraciones de valor y que aceptan genuinamente a los demás. Cuando el matrimonio es una herramienta mantenedora de la incongruencia o refuerza tendencias defensivas, resulta menos satisfactorio y con mayores posibilidades al fracaso. Rogers concluye que las relaciones íntimas de largo plazo, se basan en cuatro elementos básicos, comprensión continua, expresión de las emociones rechazo de los papeles específicos y capacidad para compartir la propia vida interior.

- *Perseverancia en el compromiso*

Se debe ver la sociedad matrimonial como un proceso continuo, no como un contrato. Todo lo que se hará será con el fin tanto de la satisfacción personal como mutua. Todas las relaciones implican trabajo, un trabajo dirigido a conseguir los objetivos tanto personales como de pareja.

- *Comunicación o expresión emocional*

Rogers insiste en una comunicación abierta y plena. Esta comunicación estará compuesta de dos etapas igualmente importantes: la primera consiste en expresar la emoción, y la segunda, en mostrarse sensible y tratar de vivir la respuesta de la otra parte. En la comunicación será importante prestar atención a las emociones mismas lo cual es mucho más difícil que simplemente “desahogar su tensión” o conducirse de manera “honesto y abierta”. Esta actitud será mucho más enriquecedora.

- *Rechazo de los papeles*

Rogers explica que muchas parejas enfrentan tensiones intolerables en sus esfuerzos por vivir de acuerdo con imágenes inapropiadas que los padres y la sociedad intentan imbuirles. Un matrimonio hecho de expectativas e imágenes poco realistas no puede aspirar a la estabilidad, ni mucho menos, a las recompensas que aguardan a las parejas que rechazan la incongruencia.

○ *Formación de un nuevo self*

Este compromiso representa un esfuerzo profundo por descubrir y aceptar la naturaleza propia, sean cuales fueren sus virtudes y defectos. Se trata de uno de los compromisos más difíciles, el de destruir las mascararas en forma expedita y oportuna.

4.4.3.3. Emociones

El individuo sano conoce sus emociones o las emociones a las que se le impide la expresión distorsionan las percepciones y la reacción a las experiencias que las originaron. Estas reacciones defensivas constituyen un mecanismo merced al cual el individuo conserva las ideas y las conductas incongruentes. La persona actúa con base en estas ideas sin saber por qué lo hace.

4.4.3.4. Intelecto

Valora al intelecto como una herramienta que puede emplearse con eficacia para integrar las experiencias. Si el intelecto, al igual que otras operaciones funcionales libres, tiende a dirigir al organismo hacia una conciencia más congruente, obligarlo a tomar determinados canales podría no ser tan beneficioso como se piensa. El argumento de Rogers es que lo mejor para las personas es decidir por ellas mismas respecto de lo que desean hacer, en vez de que alguien más decida por ellas.

4.4.3.5. Conocimiento

Rogers concibe tres formas de conocimiento, de determinar la realidad, a las que recurren las personas maduras en el aspecto psicológico: el conocimiento subjetivo, el conocimiento objetivo y el conocimiento interpersonal.

El conocimiento subjetivo, es el más importante es el saber si se ama, se odia, se desdigna o se goza de una persona, una experiencia o un suceso. La calidad del conocimiento subjetivo mejora cuando se establece un contacto más estrecho con los procesos emocionales. La capacidad de saber o conocer lo suficiente permite al individuo actuar sin que nada le garantice que los resultados serán los deseados.

El conocimiento objetivo, representa una forma de probar hipótesis, especulaciones y conjeturas respecto de los marcos de referencia externos.

El conocimiento interpersonal, ocupa una posición central en la terapia, es la práctica del conocimiento empático, es el penetrar en el mundo privado, singular y objetivo del otro para verificar la forma en la que entendemos sus conceptos. Aquí la prioridad no es la mera corrección objetiva, como tampoco probar si la persona concuerda o no con nuestros puntos de vista, sino comprender su experiencia tal como la vive. La capacidad de conocer con precisión la realidad del otro representa la base y el fundamento de las relaciones auténticas.

4.4.4. La persona plena y funcional

A Rogers le interesa más la percepción, el conocimiento y la experiencia que la construcción psicológica conocida como *self*, es decir, la persona plena y funcional es el individuo que conoce los mecanismos de que se vale el *self* para expresarse.

Persona plena y funcional, tiene el mismo significado que la adaptación psicológica óptima, la madurez psicológica inmejorable, la congruencia completa, la apertura incondicional a la experiencia, en tal sentido la persona plena y funcional sería una persona en proceso, es decir, alguien sujeto a un cambio constante.

La persona plena y funcional presenta varias características que la distinguen de las demás, las mismas que detallamos a continuación:

Apertura a la experiencia: son señales de advertencia que limitan el conocimiento encierran poca o ninguna utilidad. La persona se aleja cada vez más de los mecanismos defensivos, manifiesta una mayor sensibilidad a las emociones relacionadas con el valor, la ternura, la reverencia, es decir reúne las condiciones necesarias para vivir las experiencias del organismo, en vez de expulsarlas de la conciencia.

Vivir en el presente: proceso directo e interrumpido con la realidad, permite que el *self* y la personalidad se deriven de la experiencia, en lugar de que ésta se traduzca o distorsione para acomodarse en una autoestructura preconcebida.

La confianza en las necesidades interiores y en los dictados de la intuición: es una confianza cada vez mayor en la propia capacidad de tomar decisiones. Está actividad no sólo comprende el intelecto, sino a la persona toda. Rogers explica que los errores que comete la persona plena y funcional son resultado de una información incorrecta, no de un pensamiento inapropiado.

Las personas plenas y funcionales son libres de responder y experimentar diferentes respuestas a las situaciones, representan la esencia de lo que Rogers denomina la *vida adecuada*. Tales individuos nunca cesan de autoactualizarse.

4.4.5. La terapia centrada en la persona

La teoría de la personalidad de Rogers se origina y forma parte de sus métodos en torno a la terapia, su teoría terapéutica atravesó por varias etapas.

Su método se basaba en las tendencias del individuo al crecimiento, la salud y la adaptación. La terapia representa un medio para permitir al cliente que recuperara su curso normal de desarrollo, para lo cual insistía más en las emociones que en el intelecto y más en las situaciones vitales inmediatas que en el pasado.

Al principio Rogers utilizaba la palabra *cliente* y, más tarde, *persona*, en lugar del tradicional *paciente*. El paciente se define como alguien que padece una enfermedad, requiere ayuda y recurre a profesionales, mientras el cliente desea

un servicio que no se siente capaz de brindarse a sí mismo. Los clientes tienen problemas, pero también poseen una capacidad innata para entender su propia situación.

La terapia sirve a la persona a resolver sus dilemas con una intervención mínima. Rogers definía la psicoterapia como “la utilización de una capacidad latente en un individuo potencialmente competente, no la manipulación, por parte de un experto, de una personalidad más o menos pasiva”. Se llama a esta terapia centrada en la persona debido a que es esta última quien toma las decisiones que considere necesarias. Rogers creía que la “intervención de los expertos”, cualquiera que fuese la forma que adoptara, resultaba perjudicial en última instancia para el crecimiento de la persona.

4.4.5.1. *El terapeuta centrado en el cliente o en la persona*

Aunque el cliente posee la llave de la recuperación, el terapeuta debe reunir ciertas cualidades personales, además de sus herramientas personales, que permitan al cliente aprender a utilizar dicha llave. “Estas facultades se tornan eficaces cuando el terapeuta logra establecer una relación cálida, abierta y comprensiva”. Por *comprensiva* Rogers entiende “la disposición y la capacidad de entender las ideas, las emociones y las luchas del cliente desde su propio punto de vista; la capacidad de ver las cosas a través de los ojos y el marco de referencia del cliente”. Para trabajar con los clientes los terapeutas deben ser auténticos y sinceros.

Entonces “¿Cómo debo comportarme si el cliente no me agrada o me siento aburrido o malhumorado? ¿No serán éstas emociones auténticas lo que suscita el cliente en las personas a las que ofende con sus actitudes?” se pregunta el terapeuta desde su instrucción profesional.

La respuesta a estas preguntas que brinda la terapia centrada en la persona abarca varios planos del conocimiento. En el primero, el terapeuta hace las veces de modelo de una persona auténtica. Los clientes aprenden a esperar una retroalimentación real, no distorsionada ni simulada, de sus búsquedas interiores.

En otro plano, éstos terapeutas son útiles en la medida en la que adoptan una actitud de aceptación y de persistencia en una consideración positiva incondicional, que Rogers define como “un amor posesivo y que no exija ninguna gratificación personal (...)”. Para el terapeuta, esto implica “adoptar una actitud positiva, libre de prejuicios y abierta”. No es una *evaluación positiva*, ya que cualquier evaluación es una forma de juicio moral. La consideración positiva e incondicional permite a la persona conducirse como realmente es, sin importar lo que implique tal autenticidad.

Para adoptar una actitud positiva e incondicional, el terapeuta centrado en el cliente no debe perder de vista la esencia autorrealizadora de éste, a la vez que procura pasar por alto las conductas destructivas, dañinas u ofensivas. El terapeuta que puede centrarse en la esencia positiva del individuo suele responder de manera positiva, con lo cual evita el aburrimiento, la irritación y la ira en los momentos en que el cliente presenta sus aspectos menos agradables.

Rogers plantea que cuando la relación terapéutica se rige por el igualitarismo, cuando cada cual se responsabiliza de sí mismo, el crecimiento independiente (y mutuo) se torna mucho más rápido.

4.4.5.2. *Comprensión genuina*

Aceptar al cliente implica trascender la mera tolerancia, es decir una postura que, aunque no incurra en juicios de valor, incluye o no una verdadera inteligencia de los predicamentos del cliente. La actitud positiva e incondicional también debe incluir una “comprensión empática (...) a fin de percibir el mundo privado del cliente como si fuera el propio, pero sin perder jamás el elemento el elemento condicional comparativo ‘como si’”. Deben confiar en que el terapeuta hará algo más que aceptarlos; éste, a su vez, se esforzará por sentir cualquier cosa que experimenten los clientes.

El último criterio que un buen terapeuta debe aplicar es la facultad de transmitir una comprensión genuina al cliente. Éste necesita saber que el

terapeuta escucha, entiende y es auténtico. Además, debe adoptar una postura empática a pesar de las distorsiones selectivas del cliente.

Todo lo dicho hasta ahora puede sonar estático y hasta mecanicista, como si el terapeuta se esforzara por crear un escenario, para luego aplicar un método terapéutico limitado por los confines que le impone; no obstante, se trata de un proceso cuya dinámica se renueva constantemente. Tanto el terapeuta como el cliente luchan por alcanzar una congruencia cada vez mayor.

En una de sus primeras obras, *Counseling and Psychotherapy*, Rogers presenta los pasos característicos del proceso de ayuda:

- El cliente busca ayuda
- Se define la situación
- Se estimula la libre expresión
- El consejero acepta y aclara
- Las emociones se positivas se expresan de manera gradual
- Se reconocen los impulsos positivos
- Se profundiza el conocimiento de sí mismo
- Se definen las opciones
- Se toman decisiones positivas
- El conocimiento se enriquece
- La independencia aumenta
- La necesidad de ayuda disminuye

Esta secuencia hipotética revela la convicción de Rogers en el sentido de que los clientes se labrarán su propio camino, siempre con el apoyo y la solidaridad del terapeuta.

4.4.5.3. Condiciones necesarias y suficientes

La capacidad de servir a otro ser humano; esto es alentar empatía hacia el sufrimiento de este, y confiar en el crecimiento personal, es un requisito que no todos pueden cumplir. Para esto Rogers formuló lo que llamo las condiciones necesarias y suficientes para que una terapia sea exitosa, expresándolas como sigue:

SI

1. El cliente sufre trastornos o insatisfacción psicológica
2. Y establece contacto con el terapeuta
3. Y el terapeuta se muestra congruente en la relación
4. Y el terapeuta manifiesta una consideración positiva e incondicional hacia el cliente
5. Y el terapeuta entiende de manera empática el marco de referencia del cliente y logra transmitirlo a éste
6. Y el cliente percibe, aun en grado mínimo, la consideración positiva e incondicional y la comprensión empática,

ENTONCES

1. Se verificará un cambio terapéutico positivo.

Los requisitos fundamentales que imponía Rogers al terapeuta se han incorporado a la mayoría de los programas de consulta, incluyendo los organizados por legos que presentan asesoría en servicios de auxilio telefónico o en Centros locales de ayuda para personas en crisis (Sacerdotes, Trabajadores Sociales, Consejeros Matrimoniales, infantiles, Familiares y Psicólogos de diferentes filiaciones).

4.5. Terapia Rogeriana

“La psicoterapia como la ha planteado Rogers es el encuentro entre dos personas: el terapeuta y el paciente. Los únicos factores que operan en la terapia son las disposiciones profundas del terapeuta hacia el paciente, su mayor o menor disponibilidad hacia sus propias emociones y las del cliente; su grado de autenticidad y coherencia interna. El cliente no es ni objeto de conocimiento ni objeto de acción. Es un sujeto en relación, respecto al cual otro sujeto, el terapeuta, se sitúa. Entre el terapeuta y el paciente no se interpondrá un papel social, ni un sistema conceptual ni metodológico. Se trata de una relación humana y auténtica, podríamos decir que se trata del prototipo de relación humana.

Rogers es muy radical ya que ve en los factores de la actitud, los únicos factores de la terapia, apartándose totalmente del prejuicio cientista al que se sacrifica n parte el psicoanálisis.

Rogers plantea que para la entrevista terapéutica no hay más que dos personas cara a cara, en donde no es necesario definir quién es el terapeuta y el paciente, ya que no es el profesional el que constituye al terapeuta ni tampoco sus conocimientos teóricos y técnicos sino su capacidad para ayudar. El estilo y la forma de la intervención del terapeuta son importantes, quizá más importantes que el contenido, ya que deben traducir la actitud del terapeuta como “la condición necesaria y suficiente” de la terapia, por otro lado esta perspectiva rogeriana no anula ni disminuye las preocupaciones científicas del terapeuta, sin embargo, este estilo de terapeuta no puede ser de la misma forma que el tradicional. Fuera del acto terapéutico el terapeuta puede tratar de verificar sus intuiciones clínicas acudiendo al arsenal conceptual y metodológico de la ciencia. Distinguiendo entonces dos actitudes científicas:

- Corresponde a las actividades heurísticas propiamente dicho y al núcleo de la actividad científica, este no solo no es antagónico a la actitud del terapeuta, sino que por el contrario se identifica con ella.
- La actitud menos noble de clasificación conceptual y verificable, esta actitud si es un obstáculo a la actitud del terapeuta y deben ser realizadas en margen de ellas”⁵⁷

“Para Rogers el terapeuta se limitara a estimular al cliente adoptando una actitud de máxima escucha y atención, el terapeuta tendrá mucho cuidado de aconsejar o interpretar lo que el paciente diga, tratando de eliminar el interrogatorio y buscando que el paciente adopte el papel protagónico y no el

⁵⁷Balarezo Ch. Lucio. Seis enfoques psicoterapéuticos, Manual Moderno S.A. México D.F. - Santa fe de Bogotá 2000 - 1993

terapeuta, buscando que el paciente logre resolver los problemas por sí mismo, logrando que el paciente exprese lo que desea, sin elogiarlo o censurarlo.

El terapeuta estará pendiente de ayudarle al paciente a escucharse a sí mismo limitándose a expresar mejor las ideas del cliente o ayudándole a aclarar sus propias reacciones, ayudándole a que hable de todo lo que le preocupa y enfoque sus problemas de la manera que quiera.”⁵⁸

4.6. Conceptos fundamentales de la teoría de la terapia y del cambio de la personalidad según Rogers

Rogers en sus múltiples obras busca plantear como fundamento base al individuo como ser potencialmente capaz de auto - actualizarse y conseguir el desarrollo personal con el objetivo de ser una persona plena y funcional. En su obra publicada en 1985 titulada *terapia personalidad y relaciones interpersonales*, plantea de una manera más actualizada y ajustada cuatro puntos primordiales para la terapia los cuales encierran varios pasos importantes.

“A

Condiciones del proceso terapéutico

Para que un proceso terapéutico se produzca es necesario:

- 1) Que dos personas estén en contacto
- 2) Que la primera persona, a la que denominaremos cliente, se encuentre en un estado de incongruencia, vulnerabilidad o de angustia.
- 3) Que la segunda persona, a quien denominaremos terapeuta, sea congruente en las relaciones con el cliente.

⁵⁸ Dr. C. George Boeree, internet, Biblioteca virtual, www.arrakis.es/~afr1992/horizonte2001/rogers.htm - 47k- acceso 28 de mayo del 2007

- 4) Que el terapeuta experimente una consideración positiva incondicional hacia el cliente
- 5) Que el terapeuta experimente una comprensión empática hacia el marco de referencia interno del cliente
- 6) Que el cliente perciba, por lo menos en un grado mínimo las condiciones, la consideración positiva incondicional del terapeuta hacia él y la comprensión empática que el terapeuta le demuestra.

B

El proceso de la terapia

Cuando las condiciones enunciadas precedentemente existen y se mantienen, se pone en marcha un proceso que tiene las siguientes características:

- 1) El cliente es cada vez más capaz de expresar sus sentimientos por medios verbales y/o motores
- 2) Los sentimientos que expresa se refieren cada vez más al yo por oposición del no - yo
- 3) Es capaz cada vez más de establecer una distinción entre los objetos de sus sentimientos y percepciones. Esa capacidad se aplica tanto a su concepto del yo y sus experiencias, como al mundo exterior, a otras personas y a las interrelaciones de éstos. Se vuelve menos rígido y más discriminativo en sus percepciones, es decir, la simbolización de sus experiencias son más exactas.
- 4) Los sentimientos que expresa se relacionan cada vez más con el estado de incongruencia existente entre algunas de sus experiencias y su concepto del yo
- 5) Llega a experimentar conscientemente la amenaza de tal incongruencia.
 - a. La experiencia de amenaza se hace posible gracias a la constante consideración positiva incondicional del terapeuta, sea que el

cliente de pruebas de incongruencia o de congruencia, de angustia o de ausencia de angustia

- 6) Experimenta con plena conciencia sentimientos que, hasta entonces, habían sido negados a la conciencia o distorsionados conscientemente.
- 7) La imagen del yo se reorganiza para integrar las experiencias que habían sido distorsionadas conscientemente o negadas a la conciencia
- 8) A medida que persigue la reorganización de la estructura del yo, la congruencia entre su concepto del yo y la experiencia aumenta cada vez más: el yo es capaz ahora de admitir experiencias que anteriormente eran demasiado amenazantes para ser admitidas por la conciencia.
 - a. En consecuencia, a medida que el número de experiencias amenazantes disminuye, el número de experiencias que son distorsionadas conscientemente o que no son admitidas en la conciencia también disminuyen, es decir, las defensas disminuyen.
- 9) El cliente se vuelve cada vez más capaz de experimentar la consideración positiva incondicional que el terapeuta le manifiesta.
- 10) Siente cada vez más una consideración positiva incondicional hacia sí mismo
- 11) Se experimenta progresivamente como el centro de valoración
- 12) La valoración de su experiencia se vuelve cada vez menos condicional y se efectúa cada vez más en función de un proceso de valoración organísmica.

C

Efectos en la personalidad y la conducta

No hay diferencias precisas entre el proceso y los resultados de la terapia. Las características del proceso son simplemente aspectos diferenciados de los

resultados. Por lo tanto, habría podido incluirse dentro del proceso las proposiciones siguientes. Sin embargo, para favorecer la comprensión, nos ha parecido conveniente enunciar por separado los elementos que se indican generalmente con el nombre de resultados y que, por otra parte, se observa fuera de la relación terapéutica. He aquí, pues, los cambios que se producen en el cliente y que, por hipótesis, se consideran relativamente constantes.

- 1) El cliente es cada vez más congruente, menos defensivo, y está más abierto a su experiencia.
- 2) Sus percepciones son, por consiguiente, más realistas, más objetivas y más diferenciadas.
- 3) Es cada vez más eficaz en la resolución de sus problemas.
- 4) Su adaptación psicológica mejora y se desarrolla en el sentido óptimo.
 - a. Ese cambio es una consecuencia de los cambios en la estructura del yo descritos en B7 y B8⁵⁹
- 5) Como resultado del aumento de congruencia entre el yo y la experiencia (C4), su vulnerabilidad a la amenaza disminuye.
- 6) Como consecuencia de C2⁶⁰, su percepción del yo ideal es más realista, más realizable.
- 7) Como consecuencia de los cambios descritos en C4 y C5⁶¹ su yo es más congruente con su yo ideal
- 8) Como consecuencia del aumento de congruencia entre, el yo y el yo ideal (C6) y, el yo y la experiencia, se produce una disminución general de la tensión, tanto fisiológica como psicológica, y del tipo específico de tensión psicológica denominado angustia.

⁵⁹ Revisar contenidos de B7 y B8 en Pág. 23

⁶⁰ Revisar C2 en Pág. 25

⁶¹ Revisar C4 y C5 en Pág. 25

- 9) La consideración positiva de sí mismo aumenta.
- 10) El sujeto se percibe como el centro de valoración y como el centro de elección
- a. Como consecuencia de C9 y C10⁶² el sujeto se siente más seguro de sí mismo y más autónomo
 - b. Como consecuencia de C1 y C10⁶³ sus valores son determinados por medio de un proceso de valoración organísmica
- 11) Como consecuencia se C1 y C2⁶⁴ percibe a los otros de manera más realista y exacta.
- 12) Como experiencia cada vez menos la necesidad de deformar sus experiencias, es especial su experiencias relativas a otras personas, siente hacia ellas una mayor aceptación.
- 13) Su conducta se manifiesta de diferentes maneras:
- a. Como la proporción de experiencias compatibles con la estructura del yo aumenta, la proporción de conductas que pueden ser aceptadas por el yo aumentan también.
 - b. A al inversa, la proporción de conductas que no eran admitidas como experiencias del yo, y por lo tanto, sentidas como “no -yo”, disminuyen.
 - c. En consecuencia, el sujeto percibe que tiene más control de su conducta.
- 14) Los otros perciben que su conducta es más socializada, más madura
- 15) Como consecuencia de C1, C2 y C3⁶⁵, el sujeto se revela como un ser más creativo, más capaz de adaptarse a cada situación especial y a cada

⁶² Revisar C9 y C10 en Pág. 26

⁶³ Revisar C1 y C10 en Pág. 25 - 26

⁶⁴ Revisar C1 y C2 en Pág. 25

nuevo problema, un ser que puede expresar más acabadamente sus objetivos y valores.

D

Algunas conclusiones sobre la naturaleza del hombre

La teoría de la terapia, tal como ha sido expuesta, explica ciertas conclusiones relativas a la naturaleza del hombre. Para entreverlas basta con examinar desde un punto de vista ligeramente diferente, las hipótesis que hemos enunciado. No obstante, es conveniente exponerlas explícitamente ya que constituyen un eslabón importante capaz de explicar el carácter propio de nuestra teoría. Esas conclusiones, además, nos han impulsado a desarrollar una teoría de la personalidad. Si el individuo es lo que ha revelado ser en la terapia.

Presentamos a continuación las conclusiones sobre las características organísmicas humanas:

- 1) El individuo tiene la capacidad de experimentar en la consciencia los factores de su desadaptación psicológica; en otras palabras, factores que residen en la incongruencia entre su concepto del yo y la totalidad de su experiencia.
- 2) El individuo posee la capacidad de reorganizar su concepto del yo a fin de que sea más congruente con la totalidad de su experiencia, u tiene la tendencia a ejercer esa capacidad. Es capaz, pues, de salir de su estado de desadaptación psicológica y evolucionar hacia un estado de adaptación psicológica.
- 3) En el caso de que esta capacidad y esta tendencia sólo existe en estado latente, se desarrollarán en toda relación interpersonal en la que la otra persona sea congruente en la relación, experimentando hacia el interesado

⁶⁵ Revisar C1, C2 y C3 en Pág. 25

una actitud de consideración positiva incondicional y una comprensión empática, y logrando en alguna medida comunicarle tales actitudes.”⁶⁶

4.7. Confrontación de la metodología humanista como método adecuado para la atención en crisis a mujeres violentadas.

Desde el enfoque humanista el tratamiento en crisis es un primer paso de un proceso que exigirá un reconocimiento de sí misma, (la conciencia en sí y la conciencia para sí).

Por lo tanto la atención en crisis es la puerta de entrada a una atención integral de ella y la forma en que se relaciona con el otro. Con esas consideraciones la atención en crisis exige garantizar algunas condiciones de empatía de confort de calidez, de confidencialidad y saber que todo el tiempo que tiene esta dirigido hacia ella.

El rol del terapeuta será inicialmente el de escucha activa para luego avanzar a la identificación de las incongruencias, entre el yo y la experiencia. El terapeuta asume explícitamente una posición de apoyo de soporte y de coincidencia con la mujer en crisis, permitiéndole sentirse respaldada para paulatinamente permitirle diferenciar los eventos de violencia con su calidad de un ser humano potencialmente bueno y potencialmente capaces de mejorar. Se proponen medidas de protección, la razón por la cual el especialista propone medidas de protección se basa en el hecho de que existe muy poca información adquirida previamente por parte del cliente sobre las restricciones de mecanismos de protección. Particularmente en las crisis por violencia intrafamiliar el amparo, y los procedimientos que genera la legislación existente es muy poco difundido entre las mujeres que viven siendo agredidas por sus parejas

El resultado de la primera atención en crisis estará centrada en la identificación de las incongruencias o cuando menos la disminución de los estados de ansiedad y mecanismos de defensa emocionales.

⁶⁶ Rogers, Carl R. terapia, personalidad y relaciones interpersonales - 1ª ed 5ª reimp. - Buenos Aires: Nueva Visión, 2002

Desde la teoría humanista quien cumple el rol de terapeuta no necesariamente tiene que ser un profesional sino cualquier individuo que tenga la capacidad de jugar un rol de acompañamiento, escucha activa y empática.

CAPITULO V



“Amiga, he pasado por la misma violencia, por la cual tu te estas pasando, pero a pesar de toda la violencia he podido encontrar un lugar, donde hay amor, es un lugar donde yo te puedo invitar a que vayas para que puedas salir de esa violencia que te hace daño. Yo se que en tu vida hay mucha violencia, por que a mi me pasó, pero ahí encontrarás paz y tranquilidad, para poder decir ahora, ¡no mas violencia!”

(Testimonio de una mujer de la Casa de Acogida María Amor)

PRESENTACIÓN DE LA CASA DE PRIMERA ACOGIDA “MARÍA AMOR”

5.1. Presentación general del centro de acogida⁶⁷.

“La Casa “Maria Amor” empieza a funcionar desde el 9 de agosto del 2004, para brindar acogida a aquellas mujeres y sus hijos e hijas que padecen la violencia institucionalizada en todas sus formas y apoyarlas para: fortalecer su autoestima; sanarse anímicamente a proveer conocimientos formativos, legales, constitucionales y culturales; tarea que únicamente podrá desarrollarse en estrecha vinculación con las organizaciones, redes e instituciones afines, teniendo capacidad de acoger hasta 15 mujeres y 30 niños.

En este reto la I. Municipalidad de Cuenca, brinda todo su apoyo, ya que con la apertura de la Casa para acoger a Mujeres que viven violencia de género en las familias, se abre otro espacio dentro del programa de protección integral que la Municipalidad ha asumido como responsabilidad.

La Municipalidad de Cuenca asume parte de la responsabilidad del sostenimiento de la Casa de Acogida, mediante tres Convenios celebrados hasta el momento, en los que asume una beca diaria para 35 personas (la beca contempla rubros de alimentación, salud y educación).

⁶⁷ Archivos de la Casa de Acogida “María Amor”, Cuenca 2007

Para posicionar la Casa en la sociedad cuencana, y apoyar al proceso de discusión teórica sobre la temática de género y violencia, se realiza todos los meses la celebración de la “luna llena”, mediante una programación especial para la reflexiones sobre una temática determinada. La Celebración de la luna llena, se ha convertido en un espacio alternativo en la ciudad que busca la sensibilización de la sociedad cuencana respecto de la temática de la violencia de género. Se convierte también en un espacio informal de encuentro, debate, discusión y articulación de diversas experiencias de trabajo.

El 25 de Noviembre del 2005, lanzamos al aire la Línea Telefónica de Apoyo “Para enfrentar la Violencia No estamos solas”, con el número 2832 817, con la finalidad de ofrecer a las mujeres afectadas por la violencia un medio a su alcance para romper el silencio e informarse sobre sus derechos. Así mismo la línea telefónica es un instrumento de fortalecimiento a la coordinación interinstitucional y el funcionamiento de la RIAP-VIF.

LA posición de la casa es que las mujeres no tendrían por qué enfrentarse a la violencia sin apoyos. Para las mujeres y sus hijos e hijas que han sufrido violencia, las casas de acogida representan una protección y apoyo esenciales y son un lugar donde refugiarse temporalmente cuando huyen de ella.

Pero no basta ofrecerles solamente el alojamiento y la alimentación; ya que la violencia afecta la vida de las mujeres y la de sus hijos/as en varios aspectos que requieren respuestas efectivas, correlacionadas y múltiples, por lo que es necesario **construir la metodología de trabajo de la Casa de Acogida “María Amor”, en base a:** la experiencia de estos dos años de funcionamiento, el debate teórico y la experiencia de otras casas”.

5.1.1. Objetivo general o finalidad:

Que las mujeres y sus hijos que se albergan en la Casa “María Amor”, se encuentren en un espacio cálido en donde puedan recobrar la serenidad para que al salir estén en capacidad de asumir de mejor manera las dificultades que se presentan en sus vidas.

5.1.2. Objetivos específicos:

1. Ser un espacio de paz, en donde las mujeres y niños/as reciban atención integral y conozcan alternativas que les permita iniciar una vida libre de violencia.
2. Empezar procesos de formación y capacitación a las mujeres promoviendo sus derechos y valores de equidad entre hombres y mujeres.
3. Atender integralmente a los niños, niñas y adolescentes acogidos en Casa María Amor, para superar la situación conflictiva derivada de la violencia.
4. Constituirnos en un espacio de referencia en investigación y formación para las personas que trabajan (o están interesadas) en la problemática de violencia de género aportando a una nueva pedagogía de género.
5. Trabajar en la prevención de la violencia de género
6. Facilitar el acceso a la atención, información y apoyo a mujeres en situación de riesgo por violencia.

5.1.3. Sectores de actividad de la organización

Violencia de género en la familia:

- Acogida a mujeres y sus hijas/os que viven situaciones de violencia en la familia.
- Atención, promoción y sensibilización sobre la violencia de género en la familia
- Resolución de conflictos provenientes de la violencia de género en la familia

5.1.4. Estructura organizativa

La Casa de Acogida está organizada con un equipo interdisciplinario para una atención integral de las mujeres y sus hijos/as. El enfoque de

género se encuentra de modo transversal en todas las actividades y áreas de trabajo de la casa. Además, el enfoque de género está presente en los procesos de capacitación continua.

5.1.5. Tiempo de alojamiento

El tiempo de acogida es variable y esta supeditado a las necesidades de cada mujer y se acuerda en un proceso conjunto del equipo de acompañamiento y la mujer. Considerando que la salida de la Casa no significa romper el vínculo con las mujeres sino mantenerlo con seguimiento externo.

5.1.6. Servicios que brinda a las mujeres.

- Ofrecer un alojamiento calido y alimentación sana para las mujeres y sus hijos e hijas.
- Brindar atención integral a las mujeres mediante: atención psicológica, social, formación, asesoría legal*, en salud*, educación* (*en red con las instituciones responsables)
- Seguimiento a las mujeres que salieron de la CMA, para que cuenten con una fuente de apoyo.
- Centro de desarrollo infantil (actividades lúdicas, apoyo psicológico, apoyo pedagógico)
- Línea telefónica de ayuda “PARA ENFRENTAR LA VIOLENCIA NO ESTAMOS SOLAS” para casos de emergencia
- Celebración de la “LUNA LLENA” como espacio de discusión y promoción
- Eventos de Formación sobre violencia de género en la familia

5.2. Como y porque nace el proyecto de “María Amor”⁶⁸

5.2.1. Antecedentes:

“En el Ecuador, hasta los años 90, la violencia doméstica, deja de ser un problema social como otros, encubierto, incómodo que no debía ser tratado en público sino en la intimidad, para convertirse en un problema público, gracias a un largo proceso de demandas y presión de diferentes sectores, siendo las organizaciones de la sociedad civil, en las ciudades de Quito y Guayaquil, las primeras en abrir centros que dan a las mujeres la posibilidad de denunciar, los hechos de violencia a los que las sometían sus parejas. Se crean departamentos especializados (legales, psicológicos, médicos) para atender desde una visión integral el problema de violencia.

Dentro de este contexto es que en Cuenca, en el año 1993 se dan las primeras iniciativas para empezar a tratar la violencia doméstica como un asunto público., y en el año 1995 empieza a funcionar la Primera Comisaría de la Mujer y la Familia.

Reconociendo los múltiples problemas de las mujeres, y considerando que las instituciones a donde acuden a solicitar apoyo para ellas y para sus hijas/os (niños/as y adolescentes), no estaban en posibilidad de brindar una atención integral, en el aspecto legal, médico, psicológico y social, surge la preocupación de emprender en acciones colectivas para enfrentarla, entonces se impulsa la formación de una Red de instituciones que actúen coordinadamente en la búsqueda de nuevas estrategias para dar atención integral, trabajar en la prevención y erradicación de la violencia.

Por otra parte, la inclusión de las mujeres y con ellas la inclusión de las propuestas de género en los Gobiernos Locales, permite que desde la Municipalidad se emprenda en la realización del **Plan de Igualdad de Oportunidades (PIO)** que contempla entre sus ejes, uno de violencia intrafamiliar como problema de Seguridad Ciudadana estableciéndose como

⁶⁸ Archivos de la Casa de Acogida “María Amor”, Cuenca 2007

objetivo el fortalecimiento de una cultura de tolerancia y respeto a las diferencias, en la casa y en la calle, permitiendo que la Red Interinstitucional de Prevención Y Atención a la Violencia Intrafamiliar (RIAP-VIF) conjuntamente con organizaciones de mujeres y otras de la sociedad civil participen activamente en la elaboración de una ordenanza que el Concejo Cantonal de la ciudad de Cuenca aprueba la misma que permite el marco normativo indispensable a la hora de formular una política Pública; bajo este paraguas es que se elabora el **Primer Plan Cantonal para el ejercicio de una vida libre de violencia familiar (PIO)** en el cantón Cuenca, en el cual se plasman las demandas de las mujeres que viven en Cuenca, siendo una de las más sentidas la necesidad de la apertura de una Casa de Acogida, que es asumida por la Vicaría de la Pastoral Social de Cuenca y que con su apertura, completa los servicios de atención integral en la ciudad de Cuenca.

El PIO que forma parte del Plan Estratégico, es un espacio de participación ciudadana con enfoque de género. En este espacio la Casa Maria Amor desde su creación juega un papel importante, incidiendo políticamente para la toma de decisiones que se da desde el municipio dentro del Cabildo por las Mujeres.

El reconocimiento desde la Municipalidad de la labor de la Casa de Acogida María Amor, se plasma en el otorgamiento en este año de la Presea “María Ramona Cordero y León”

5.3. Visión y misión⁶⁹.

5.3.1. Fines de la pastoral social de cuenca

Visión

Institución activa de la Iglesia en la sociedad que promueve el desarrollo social, defensa de la vida y los derechos humanos bajo los principios de la doctrina social de la Iglesia. Manifiesta su compromiso da la Fe y la Política a nivel

⁶⁹ Archivos de la Casa de Acogida “María Amor”, Cuenca 2007

personal, comunitario y social en la solidaridad, justicia y la equidad social como signos visibles de la construcción del Reino de Dios en la Diócesis.

Misión

Espacio de trabajo de la Iglesia de la Arquidiócesis de Cuenca que en coordinación con instituciones y organizaciones afines asume el compromiso de trabajar en procesos de cambio que permitan una vida digna.

Vive y difunde los valores evangélicos y la doctrina social de la Iglesia, donde las personas, comunidades y sociedad en general tienen la capacidad de transformar las inequidades existentes, construyendo una sociedad más justa y solidaria como expresión de la Fe.

5.3.2. Fines de la casa “Maria amor”

Visión

“Somos un espacio de referencia que aporta a la construcción de una nueva cultura de género basada en una ética de convivencia social, justa, solidaria y democrática.”

Misión

“Casa María Amor es una obra social de la Vicaría de Pastoral Social de Cuenca que brinda acogida, acompañamiento y atención integral a las mujeres y sus hijos que viven situaciones de violencia de género en la familia, a través de un equipo interdisciplinario y la coordinación interinstitucional que aporta a propuestas teóricas y metodológicas de una nueva pedagogía de género a fin de construir relaciones basadas en el respeto mutuo, la equidad y la dignidad humana. Difundir el problema social de la violencia para generar y promover conciencia, sensibilidad y responsabilidad ciudadana y gubernamental.”

5.4. Casa María Amor.

“La casa para mi fue lo mejor que pude haber conocido hasta este momento de mi vida, por que yo estaba en una situación que no le encontraba ni principio ni fin y yo no estaba preparada para ese problema y en ese momento fue como que yo perdí la noción el juicio, por que yo no encontraba razones y no podía pensar en nada yo venia trabajando y me encontré con el gran problema, él y yo teníamos un proyecto pero y fue en ese momento cuando llegó el problema a me dio medio coraje y me quede en la calle, fue como que me quede en blanco y mi mente no me respondía.

Al llegar aquí y encontrar gente que en ese momento eran desconocidas, pero cuando hable me dieron tanto cariño y afecto, mandándome a dormir a descansar y mucho afecto a cambio de que yo reaccione y me encuentre conmigo misma y me despierte de aquel letargo en el que había caído y si no hubiera encontrado la casa yo me habría vuelto loca, o tal vez en ese momento estaba loca.

Al hablar de la casa yo no solo hablo de las paredes o del techo globalizo y lo veo como un todo pero sobre todo me refiero al afecto y la amplitud de manifestarte de escuchar y saberte ser humano, yo me di cuenta de lo que era y reaccione.

Ahora tengo mi trabajo y he vuelto a retomar mis proyectos que los voy a hacer funcionar y volver a Cuenca para poder hacer lo que yo pensaba, por que en un momento se detuvo por los grandes problemas que me abatieron.

Creo que es importante como me acogieron porque no me juzgaron por que la mayoría de las veces nos callamos por que las personas antes de oírnos nos juzgan y nos culpan por los errores que cometimos quedándonos solas y sin un apoyo”⁷⁰.

“La casa es un despertar del letargo que nos tiene noqueados”. “Es como que le robaran desprevenido y ahí uno cae, por que cae”⁷¹.

La casa de acogida en sus dos años de funcionamiento ha tenido una gran aceptación por parte de las mujeres que viven violencia intrafamiliar. En Agosto del 2004 la casa de acogida abre sus puertas y recibe a la primera mujer con dos hijos quien buscaba un lugar donde albergarse de forma urgente por las agresiones y las constantes amenazas que recibía de parte de su pareja, dando así a los fundadores de la casa una primera pauta de la gran necesidad de las mujeres frente a una problemática que las mantiene cautivas, por no tener un lugar seguro en donde refugiarse. En un Principio la casa de acogida inicia su trabajo únicamente con un equipo de voluntarias extranjeras quienes estaban encargadas del funcionamiento de la casa.

“La casa es bonita, todas las mujeres me apoyan me ayudaron con consejos a veces quiero salir adelante con todo lo que me dicen pero a veces no puedo. Yo se que debemos seguir adelante y no debemos desmayarnos por que aquí todas nos apoyan y ayudan en todo”⁷².

A partir de este año las mujeres empezaron a contar con un lugar en donde podían desahogarse y solicitar el apoyo que necesitaban frente a su problemática tan delicada. En el año 2004 con la casa recién inaugurada se recibía un promedio de 7 mujeres mensualmente y entre 18 y 30 hijos/as de las mujeres albergadas.

⁷⁰ Testimonio de Ana

⁷¹ Testimonio de cristina

⁷² Testimonio de Digna

“Esta casa es bonita porque hay personas que nos ayudan son buenas y cariñosas. Les diría que vengan acá que la casa es buena que las personas son amables y cariñosas y le dan aliento a uno”⁷³.

En el año 2005 ya con una mayor promoción de la casa el número de mujeres aumento y se tenía un promedio entre 10 y 15 mujeres y con un promedio de 60 niños / as, es importante destacar la presencia de las niñas y niños en la casa de acogida ya que el promedio de hijos que una mujer tiene son 3 y al momento que salen de sus casas lo tienen que hacer con sus hijos y por tanto necesitan un lugar para ellas y los pequeños. Después de un análisis de la demanda que tenía la casa se advierte la necesidad de brindarles a las mujeres un apoyo integral y hacer de su estadía en la casa un buen momento para recuperarse física y emocionalmente, es por este motivo que se inicia ya el trabajo con un equipo integral para el apoyo y seguimiento de las mujeres.

“La casa Maria Amor es un lugar en donde se obtiene ayuda integral y conocemos a otra gente y aprendemos a convivir con otras mujeres con nuestros problemas, es un lugar tranquilo y el venir acá es encontrar la paz y la tranquilidad frente a la violencia se siente una segura, y tranquila”⁷⁴.

En Noviembre del 2005 se inaugura la línea telefónica de apoyo para las mujeres que viven violencia intrafamiliar, con el objetivo de brindarles a las mujeres una herramienta que esté al alcance de las manos de las mujeres para enfrentar la violencia.

“La casa es un lugar tranquilo donde yo me siento tranquila donde me quieren, me dan cariño y un lugar donde puedo contar las cosas que me pasan”.⁷⁵

⁷³ Testimonio de Carmen

⁷⁴ Testimonio de Carla

⁷⁵ Testimonio de Rosita (mujer que ingresa por la línea telefónica)

En su primer año de funcionamiento este medio ha recibido una gran acogida obteniendo desde su inauguración hasta Julio del 2007 349 llamadas de las cuales 186 personas fueron atendidas personalmente en un estado de crisis emocional debido a la violencia vivida, la cuales demandaban la necesidad de descargar su angustia, de las cuales al menos 80 personas iniciaron un proceso psicológico. La línea telefónica se convirtió en un medio accesible para las mujeres y un puente de enlace entre el reconocimiento de la violencia a la que se enfrentaban y la necesidad de buscar un lugar donde albergarse y protegerse del peligro al que estaban expuestas, es así como 50 de las mujeres atendidas en consulta externa deciden ingresar en el albergue después de haberse dado cuenta por sí mismas al peligro que estaban expuestas ellas y sus hijas/os.

“La casa de acogida fue una ayuda para mí, un apoyo, un lugar de comprensión por que nos entienden los problemas. Es un lugar de amor. Yo a las mujeres les apoyaría a que vengan a la casa por que aquí nos ayudan a salir de la violencia, compartimos con otras mujeres con la misma problemática dándonos ánimo, alegría y haciéndonos ver que no estamos solas y que si tenemos a alguien con quien compartir nuestras alegrías y nuestros miedo. Nos ayudan con talleres ayudándonos a valorarnos y a saber que somos importantes.”⁷⁶

Es así como la Casa de Acogida María Amor desde su apertura en el año 2004 hasta julio del 2007 ha albergado a 251 mujeres y un promedio de 450 niños quienes han recibido un apoyo integral con el objetivo de mejorar su calidad de vida y reconocer una nueva estructura de vida libre de violencia. La casa de acogida al igual que la línea telefónica que funciona en el mismo lugar ha buscado brindar un servicio eficaz para las mujeres que buscan un apoyo emergente por la violencia que sus parejas ejercen sobre ellas y sus hijos. Es importante destacar que la casa de acogida con el poco financiamiento que tiene

⁷⁶ Testimonio de Jessenia

ha logrado buscar la manera de brindar a las mujeres y sus hijos la posibilidad de contar con lo básico para una vida sana, en cuanto a la alimentación, y un apoyo integral que necesitan y demandan las mujeres desde lo personal.

“La casa para mi es parte de mi familia, es algo hermosos es algo que a además de abrirse las puertas físicas también se me han abierto las puertas del el corazón de muchas personas que he encontrado aquí.”⁷⁷

Haciendo una encuesta a algunas personas del personal nos encontramos con la perspectiva planteada por la trabajadora social quien manifiesta que la casa es “un espacio libre de violencia que genera una nueva forma de vivir y de mirarse a uno mismo”⁷⁸. Otras de las trabajadoras de la institución coinciden en la importancia de hacer que las mujeres no se sientan solas y sepan que hay alternativas para salir de la violencia y mejorar su vida y la de sus hijos, con o sin el agresor.

“Esta casa es como estar en la mía, pero me siento más tranquila que allá, me siento segura, hasta ahora, no me he sentido melancólica ni tan débil como me sentía afuera. Aquí lo tengo todo lo que antes mi esposo me sacaba siempre en cara diciéndome que no iba a poder salir adelante”.⁷⁹

La casa se ha convertido en la actualidad en un medio al alcance de las mujeres que viven violencia, gracias a la línea de apoyo se ha logrado capacitar a adolescentes sobre la problemática y a otras instituciones su que no han logrado visualizar aun la magnitud del problema, el trabajo de la Casa de Acogida aun no ha terminado y se ven aun muchos proyectos vigentes en pro del fortalecimiento y empoderamiento de las mujeres para frenar un problema que las está matando en silencio.

⁷⁷ Testimonio de Marilyn

⁷⁸ Lic. Blanca Pacheco, Trabajadora Social de la institución

⁷⁹ Testimonio de Norma

Sin embargo hablar de Maria Amor desde una perspectiva profesional, que busca mirar las necesidades de las mujeres y apoyarlas en sus procesos no es lo mismo que la experiencia contada desde las mujeres que son las que día a día reciben un apoyo y construyen nuevas experiencias desde sus propias creencias.

“La casa para me ha dado muchas experiencias, me he levantado de lo que yo he estado casi en la nada, y estoy feliz por que aquí tengo lo que todo ser humano necesita para poder vivir bien, el cariño el amor y la tranquilidad. Aquí me siento feliz. La verdad este ha sido el mejor regalo que he recibido en toda mi vida, la tranquilidad, el amor, la paz y la posibilidad de estar tranquila con mis hijos y poder dialogar con ellos. Mis hijos también tendrán la ayuda que necesitan.

Cuando vine estaba decaída, mal, sin ánimos sin vida pero aquí he resucitado de nuevo y me he pasado bien con ustedes y con mis compañeras. Aquí me he pasado mejor y me he recuperado, por que en Machala de donde soy yo solo vivía triste por que este señor me agredía con cuchillos y yo siempre pensaba en colgarme con una soga y matarme pero ahora he visto una esperanza y la decisión que he tomado esta muy bien”⁸⁰.

⁸⁰ Testimonio de Mariana (mujer que ingresa a la casa por medio de la línea telefónica)

CAPITULO VI



“... Cuando un mundo se hace pedazos y la Inhumanidad es la única soberana, la persona No puede seguir viviendo su vida privada como La vivía antes y le gustaría seguir viviéndola...

En tales momentos es necesario replantearse Radicalmente todo lo que se ha hecho, creído y Defendido hasta entonces con el fin de saber Cómo actuar. En resumen, hay que tomar una Actitud ante la nueva realidad, una actitud Firme en vez de retirarse hacia un mundo aun

Más privado.”

BRUNO BETTELHEIM, EE.UU., 1952⁸¹

DISEÑO DE LA METODOLOGÍA DE ATENCIÓN EN CRISIS PARA MUJERES BASADO EN EL MODELO HUMANISTA

Tema de la investigación:

Violencia Intrafamiliar: Propuesta de un modelo de atención en crisis en mujeres atendidas en la Casa de Acogida “María Amor”

OBJETIVOS:

Objetivo general:

Elaborar un modelo de intervención en crisis para mujeres que sufren violencia intrafamiliar.

⁸¹ Graciela B. Ferreira, “Hombres Violentos Mujeres Maltratadas, Aportes a la investigación y tratamiento de un problema social” Editorial Sudamericana, Buenos Aires 1992.

Objetivo específico:

- Construir los protocolos de atención para las pacientes
- Diseñar un modelo de intervención en crisis.
- Revisar los modelos teóricos de atención en crisis.
- Identificar variables demográficas de las mujeres atendidas.
- Aplicar y valorar el modelo de atención en crisis en relación a la adherencia terapéutica y al grado de satisfacción.

HIPOTESIS:

Con un modelo humanista se logrará un mejor abordaje terapéutico y emocional en mujeres al momento de la crisis a causa de la violencia intrafamiliar.

DISEÑO Y METODOLOGÍA DE TRABAJO:

Se realizara una investigación en mujeres que asisten a una primera atención durante la crisis a causa de la violencia intrafamiliares la casa de acogida "María Amor".

El tipo de investigación es cuasi experimental, donde se hará un análisis cualitativo y cuantitativo en un grupo de consultantes de la casa de acogida "María Amor", a través de la observación pasiva - activa con un enfoque humanista Rogeriano.

Descripción del trabajo metodológico previo a la aplicación del modelo terapéutico:

Revisión bibliográfica temas como:

Violencia Intrafamiliar.

Atención en crisis.

Estudio de otros modelos de atención en otras casas de acogida.

Entrevistas a las coordinadoras y equipo de la casa de acogida con el fin de conocer mejor la dinámica de la institución.

Diseño de instrumentos para la aplicación del modelo.

UNIVERSO

Mujeres que asisten en busca de ayuda por violencia a la casa de acogida María Amor.

MUESTRA:

El trabajo se realizará con 30 mujeres que asisten de octubre del 2006 a febrero del 2007, para el proyecto de investigación psicológica.

Criterios de inclusión:

- ◆ Mujeres que han vivido algún tipo de violencia
- ◆ Edad entre 19 y 50 años
- ◆ Mujeres que vengan en busca de ayuda psicológica por estar en una situación de crisis.
- ◆ Mujeres que llamen por teléfono en busca de ayuda psicológica por estar en una situación de crisis y asistan luego a consulta.

Criterios de exclusión:

- ◆ Tener problemas severos en la comunicación
- ◆ Presentar un retardo mental profundo
- ◆ Ser de sexo masculino
- ◆ Ser menor de edad
- ◆ Parejas en crisis que buscan terapia conjunta
- ◆ No se trabajará con las mujeres que ya han sido acogidas con anterioridad a la fecha planteada para el inicio del proceso.

Metodología propuesta para la construcción del modelo de atención

- ◆ Historia Clínica.
- ◆ Protocolos de Atención en crisis en diversas situaciones.

- ◆ Aplicación de protocolos de atención con 3 mujeres, como una prueba piloto. (ver protocolos de atención en los anexos III., IV)
- ◆ Encuesta con el cuestionario de satisfacción.

RECURSOS:

Recursos Humanos:

- ◆ Mujeres que buscan ayuda en casa María Amor
- ◆ Personal que trabaja en la institución
- ◆ Investigadora
- ◆ Director de tesis

Recursos materiales:

- ◆ Historia clínica
- ◆ Encuesta de satisfacción
- ◆ Grabadoras (opcional)

POBLACIÓN BLANCO

Mujeres, víctimas de violencia intrafamiliar por parte de sus parejas o ex parejas, novios o ex - novios.

Introducción del modelo de intervención:

Es importante destacar que el punto fundamental de esta guía de intervención será el apoyo en la crisis de las mujeres inmediatamente o algún tiempo después de haber sido agredida.

El punto de partida de este modelo estará en el planteamiento realizado por algunos autores de la psicología que todo cambio implica una crisis, y que toda crisis trae consigo la oportunidad del crecimiento y del fracaso. Desde este esbozo destacaremos que las diferentes etapas del ciclo de la violencia traerán consigo estados de crisis que llevan a las mujeres a la frustración personal y a su propia desvalorización que las obliga a mantener el silencio.

En conclusión el apoyo a la mujer que ha salido de un ambiente de violencia partirá desde la atención en crisis ya que aunque haya pasado algo de tiempo la mujer aun trae consigo las secuelas de la violencia y aun hay niveles de riesgo que pueden llevarla a vivir un nuevo evento violento e incluso volver al círculo por el que tuvo que atravesar antes de pedir ayuda.

QUE ENTENDEMOS POR CRISIS

Definición:

Derivada etimológicamente de un vocablo griego, crisis significa separación y elección, definiéndose con estas 2 acciones un proceso dinámico compuesto por un período, en el que deben producirse una separación (de algo - alguien), antes de que pueda darse una elección (de algo-alguien) como expresión de una evolución madurativa; y entre ambos un tiempo, un antes y un después.

La crisis en la mujer, provocada por violencia intrafamiliar, es el estado de ansiedad y estancamiento emocional, que se expresa con una tristeza extrema, miedo, visión catastrófica, que puede estar acompañado de llanto y la sensación de que no hay posibilidad de encontrar solución a nada. Hay incongruencias en la valoración de sí misma y en la de su relación de pareja.

NIVELES DE UNA CRISIS

Para el presente estudio proponemos considerar tres niveles de la crisis que viven las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, uno leve, uno moderado y un grave, cuyas características detallamos a continuación.

TABLA I

| SÍNTOMAS | NIVEL LEVE | NIVEL MODERADO | NIVEL GRAVE |
|---|------------|----------------|-------------|
| Lesiones "accidentales" reiteradas de entidad variable. | X | X | X |

| | | | |
|--|---|--|--|
| Fatiga crónica | X | X | X |
| Autoestima baja, sentimientos de inutilidad, miedo, desamparo. | X | X | X |
| Desesperanza, pérdida de las expectativas. | X | X | X |
| Disminución de la libido | X | X | X |
| Crisis de angustia y ansiedad. | X | X | X |
| Cefalea Tensional | X | X | |
| Trastornos digestivos | | X | X |
| • Quejas somática múltiples inespecíficas, malestar físico | X | X | |
| Trastornos del sueño | | X | X |
| Trastornos del apetito | | | X |
| Dermatitis Atópica ⁸² | | | X |
| | No explícita la situación de violencia. | Dificultad de reconocer su malestar psicológico. | Si concurre la pareja, permanece en el consultorio con ella, actitud |

⁸² Albergue para Mujeres que sufren violencia – Mexico D.F.

| | | | |
|---------------------|--------------------------------|---------------------------------|---|
| | | | de Control, no de acompañamiento. |
| | Fatiga crónica. | Aislamiento social. | Cuadros de intoxicación |
| | Descuido de su imagen personal | | Síntomas disociativos y/o conversivos (desmayos, amnesia, etc.) |
| | | Demanda de calmantes y sedantes | Hostilidad y/o desconfianza |
| | | | Autoagresión, IAE. |
| | | | Crisis emocionales reiteradas que requieren consulta de urgencia. |
| Perceptuales | | X | X |
| Vértigo | | X | X |

LÍNEAS GENERALES DEL MANEJO DE LA CRISIS SEGÚN LOS NIVELES DE LA CRISIS

Leve: cuando la mujer solo necesita un espacio de desahogo y de re escucharse a si misma para poder resolver su crisis y encaminarse hacia su desarrollo personal. En este momento la mujer seguramente no asiste a la consulta por un problema propio sino su problema proyectado en problemas de sus hijos

Moderada: cuando la mujer a más del solo escucharse y desahogar lo que está sintiendo, necesita una guía sobre las cosas que puede hacer y los caminos que puede elegir para solucionar su problema.

Grave: Cuando la mujer no logra salir de su estado de incongruencia, con solo la escucha y que necesita varias posibilidades para salir y luego necesita una segunda etapa para resolver su crisis y disminuir la ansiedad, ya encaminada a los cambios cognitivos.

LA CRISIS COMO PARTE DE LA RUTA CRITICA QUE ATRAVIESAN LAS MUJERES VIOLENTADAS

Las mujeres que viven siendo sometidas por sus parejas en ámbitos privados o públicos atraviesan una ruta muy difícil de confrontar, el trayecto por el cual se ven obligadas de recorrer, frente a una violencia crónica ejercida por la persona que tiene el poder dentro de la estructura familiar, arrasa con la identidad y la subjetividad y suele excluir a la mujer del terreno de la palabra, provocando que silencia su situación y que por lo tanto se encuentre con estados de crisis que debe asumirlos como situaciones normales, es claro entonces que las mujeres permanecen en situaciones de bipolaridad y contradictorios en cuanto a sus sentimientos el acciones.

La ruta critica de la violencia, dibuja ciclos en los cuales la agresión hacia la mujer va seguida de reencuentros afectivos y ofertas de no volver a ser agredida, sin embargo los ciclos cada vez se van haciendo más frecuentes y de mayor intensidad; todo esto ha sido visto como normal y justificado por la misma mujer usando distintos argumentos, sin embargo en un momento determinado sea por la intensidad de la agresión o por la acumulación del sufrimiento la mujer busca soporte para romper el silencio.

Es decir que cuando hablamos de crisis en violencia intrafamiliar en general nos referimos a los momentos cercanos y posteriores a la agresión que generó, que la mujer salga o busque apoyo.

FACTORES DE RIESGO

En el momento de la crisis la evaluación del nivel de riesgo será uno de los criterios más importantes de evaluación con el objetivo de resguardar y asegurar la integridad y protección de la mujer y sus hijos que se encuentran en una situación de vulnerabilidad.

Es importante determinar la dimensión del problema, la forma en que este las afecta, y cuáles pueden ser las consecuencias de dicho problema.

Susana Velázquez, experta en violencia intrafamiliar define como riesgo a “una serie o conjunto de factores que ponen en peligro la integridad física y/o psíquica de las personas violentadas, es decir la autora plantea que no hay que evaluar únicamente el riesgo de una nueva violencia sino también los efectos psicosociales que provocan las violencias padecidas”.

Al evaluar los estados de vulnerabilidad y desvalimiento producido por la violencia, constituyen un apoyo fundamental para la detección de las situaciones de riesgo a la vez que se convierten en detectores y anticipadores de nuevas agresiones, de esta manera podremos brindar a la mujer la atención y protección adecuada en el momento de la crisis.

Según Velázquez⁸³, para evaluar el nivel de riesgo se debe tomar en cuenta los siguientes puntos fundamentales:

- * **Frecuencia:** cada cuanto tiempo se dan los episodios violentos y si se incrementaron, desde cuándo y cada cuanto tiempo se repiten.
- **Tipos de violencia más habituales:** emocional, física, sexual, económica, o en forma combinada.
- * **Intensidad:** grado de severidad, tipo de violencias más frecuentes: si son en Estallido o en escalada u otras modalidades.
- **Primer episodio:** cuándo y cómo comenzó. Vincular con los indicadores Anteriores.
- **Presencia de armas:** tipo de armas, si el agresor las usa o amenaza con usarlas. Uso de otros objetos (palos, látigos, cintos, cigarrillos encendidos, etc.)

⁸³ Susana Velázquez, curso de violencia intrafamiliar – on-line, Modulo 4 Agosto Octubre del 2006, Argentina.

- **Amenaza de muerte, amenaza de suicidio:** si hay amenazas de matarla o matarse o matar a las personas que saben de la violencia y la ayudan. Si ella cree que es capaz de matar o matarse.
- **Intento de ahorcamiento:** intento de ahorcarla o asfixiarla (con manos u objetos)
- **Presencia de alcohol, drogas o estimulantes:** si el agresor bebe alcohol o consume drogas y si concuerda su uso con los episodios violentos. Evolución de la adicción. Descripción de cambios de conducta.
- **Violencia sexual:** forzarla a tener sexo, amenaza, extorsión. Uso de la fuerza física. Uso de objetos para violarla.
- **Embarazo** (medida de protección de vientre): golpearla o patearle el vientre. Si la violencia es mayor cuando está embarazada o si comenzó a agredirla a causa de los embarazos.
- **Celos:** si sospecha de ella y esto es motivo del inicio de episodios violentos. (Celos de otro hombre, de amigos, parientes, trabajo, estudio, etc.)
- **Control:** sobre las actividades cotidianas horarios, salidas, amistades, familiares, trabajo, dinero, etc.
- **Violencia en el ámbito público:** si la violenta en otros lugares fuera de la casa. Si él es violento con otras personas: en el trabajo, en el barrio, en la calle, etc.
- **Violencia hacia los niños:** tipos de malos tratos o abuso sexual hacia los niños, frecuencia, intensidad.
- **Denuncias:** cómo decidió realizar la/s denuncias (lo decidió ella o se lo sugirieron), la hizo sola o acompañada, sostuvo la denuncia, reacciones de él. Si desistió de la denuncia que diga las causas.
- **Internación:** si fue internada por lesiones por la violencia, número de veces, tipo de lesiones, secuelas. Si actualmente toma alguna medicación
- **Red de sostén:** si cuenta con personas que la apoyan, quienes son, reacciones familiares y allegadas por la violencia.
- **Antecedentes de violencia:** familiares de ella o él, antecedentes de violencia: tipo, frecuencia, frente a qué circunstancias.

- **Separaciones:** si hubo separaciones, que consecuencias tuvieron, si volvieron juntos y si se repitió la violencia.

- **Circuito de violencia:** descripción del circuito de violencia. Cómo se inicia, causas, cómo se desarrolla.

Otros indicadores de riesgo de la salud que muestran los efectos de la violencia:

- **Trastornos de la vida cotidiana:** cuáles son las áreas de la vida que fueron más afectadas por los hechos de violencia: trabajo, amistades, familia, relación con los hijos, etc.

- **Trastornos del sueño:** insomnio, dificultades para conciliar el sueño, pesadillas, somnolencia, embotamiento, etc.

- **Trastornos de la alimentación:** falta de apetito, alimentación compulsiva, aumento de peso, disminución de peso, anorexia, bulimia.

- **Enfermedades actuales y/o agudización de enfermedades previas a causa de la violencia:** respiratorias, digestivas, problemas de piel, trastornos perceptuales, vértigo. Si consulta al médico, si toma medicación, psicofármacos.

- **Ingestión de:** alcohol, drogas, adicción a algún medicamento (aspirinas, sedantes, etc.) Si los toma por prescripción médica o se automedica. Indagar sobre medicación: sedantes, ansiolíticos, antidepresivos porque constituyen un riesgo adicional por embotamiento y torpeza. Indagar sobre alcohol y drogas cómo se inicia y frecuencia.

- **Cómo se presenta a la entrevista:** aspecto personal, muestras de abatimiento, depresión. Dificultad para pensar, entender y/o responder, etc.

Mediante estos indicadores y el quantum de su manifestación y combinación será posible hacer un diagnóstico de situación que permita, como dijimos, implementar medidas de protección e indicaciones de asistencia pertinentes.

Si se detectan 5 o más de una sola categoría podremos determinar el nivel de riesgo al que la mujer se enfrenta; (no tendrá nada que ver con el nivel de crisis). Esta escala Tendrá como objetivo medir la rapidez con la que el “terapeuta” deberá buscar soluciones o darle a la misma mujer la posibilidad de buscarlas sola.

NIVELES DE GRAVEDAD DEL PROBLEMA SEGÚN LOS FACTOR DE RIESGO EXISTENTES

TABLA II

| GRAVEDAD DEL PROBLEMA SEGÚN LOS FACTORES DE RIESGO | LEVE | MODERADO | GRAVE |
|--|---|--|--|
| Frecuencia | Cuando los episodios son muy distanciados unos de otros y aun hay muchas justificaciones y la "Luna de miel" esta mas seguida del episodio violento, (busca apoyo sin referirse al problema de violencia) | Cuando los episodios violentos se dan con mayor frecuencia donde ya la mujer se siente incómoda con la situación y siente que no es normal. (busca información sobre sus derechos) | Los episodios violentos han incrementado en intensidad y frecuencia la integridad de la mujer se encuentra en peligro. Agresor no se controla (ha escapado de su casa) |
| Tipos de violencia más habituales | Psicológica, Económica, ocasionalmente física | Psicológica, Económica, Física, patrimonial, violenta indirectamente a los niños | Física frecuente, Psicológica, Económica, Patrimonial, violencia directa hacia los niños |

| | | | |
|---|--|--|--|
| | | (insultos malos tratos hacia la madre frente a ellos, etc.) | |
| Intensidad | Grado de severidad leve la distancia entre los episodios tiene mayor distancia, la mayoría de los episodios están caracterizados por violencia psicológica y muy pocos episodios de violencia física | El grado de severidad es más fuerte la frecuencia de la violencia física ha aumentado, los episodios están caracterizados por presentarse en forma de estallidos, y en pocas ocasiones van en escalada | La severidad de los episodios violentos van en escalada tanto en su intensidad y frecuencia, y as condiciones de vida de la mujer se han visto deterioradas por la violencia |
| Primer episodio | XXX | | |
| Presencia de armas | | XX | XXX |
| Amenaza de muerte, amenaza de suicidio | | XX | XXX |
| Intento de ahorcamiento | | X | XXX |
| Presencia de alcohol, drogas o | X | XX | XXX |

| | | | |
|---|---|--|--|
| estimulantes | | | |
| Embarazo | XXX | XXX | XXX |
| Celos | XX | XX | XXX |
| Control sobre actividades cotidianas | XX | XXX | XXX |
| Violencia en el ámbito público | | XX | XXX |
| Violencia hacia los niños | X | XX | XXX |
| Denuncias | Tiene la idea pero teme hacerlo por como reaccione él y porque cree que no es necesario | Hace la denuncia por sugerencia y asiste acompañada, pero retira los cargos por la reacción de el | Hace la denuncia por temor que pase algo a sus hijos, y lo hace acompañada por el peligro que representa hacerlo sola. |
| Internación/a causa de la violencia | La intensidad de la violencia no ha dejado muchas secuelas físicas aunque si hay secuelas psicológicas y en pocas ocasiones golpes leves. | Es internada en una casa de salud pero no comunica la razón real de sus lesiones por temor al agresor. | Varias internaciones y de varios días, (pide ayuda para ella y sus niños por temor del agresor, sigue ocultando la razón de la lesión por temor a ser juzgada) |
| Red de sostén | Cuentan con redes de apoyo familiar (insisten en la | Dentro de estas están amigas que | Las redes de apoyo son muy pobres y en |

| | | | |
|----------------------------------|---|---|--|
| | reconciliación, o apoyan bajo condiciones hacia la mujer) | viven la misma situación y que la apoyan pero no tienen un lugar donde tenerle a ella y sus hijos. (Familiares no apoyan la salida de la casa) | algunos casos escasas (mujeres no tienen a su familia en la ciudad) tienen miedo de enfrentarse al agresor por considerar que están solas. |
| Antecedentes de violencia | Solo dentro de la relación de pareja | Dentro de la relación de pareja, violencia en el lugar de trabajo antecedentes en su forma de relacionarse por su tipo de personalidad, familia de origen | En todas las etapas de su vida. |
| Separaciones | Nunca | Varias veces y como consecuencia se encuentran perdidas no superadas. | Varias veces, presentando duelos no resueltos que le llevan a repetir patrones establecidos. Las |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | rupturas caracterizadas por constantes reencuentros y siempre inmersos en el círculo de la violencia. |
| Circuito de violencia | El círculo de violencia no presenta intervalos muy largos entre la agresión y la “Luna de Miel” son relativamente cortos. La situación violenta está dada después de un episodio largo de pelea por situaciones “importantes” | Los intervalos entre la tensión, la agresión y la luna de miel casi no se distinguen. Las causas están dadas por situaciones pequeñas y cotidianas en donde la mujer se adjudica toda la “culpa”. | Los intervalos entre la tensión y la agresión son excesivamente cortos, y la agresión frente a la Luna de Miel son bastante extensos. Las causas que provocan el evento son por lo general externos (Celos, drogas, infidelidad, los niños gritan, etc.) donde siempre tendrá la culpa la mujer y el hombre solo la esta “educando” |
| Trastornos de la vida cotidiana | Armonía del hogar, trabajo, relaciones con el vecindario. | Armonía del hogar, trabajo, familia | Trabajo, amistades, familia, relación |

| | | | |
|--|---|--|---|
| | | relaciones con amistades. | con los hijos, etc. |
| Trastornos del sueño | | XX | XXX |
| Trastornos de la alimentación | X | XX | XXX |
| Enfermedades actuales y/o agudización de enfermedades previas a causa de la violencia | X | XXX | XXX |
| Ingestión de: alcohol, drogas, adicción a algún medicamento | | XX | XXX |
| Cómo se presenta a la entrevista | Con buena apariencia, y buscando apoyo para otras personas del núcleo familiar, no habla sobre sus problemas a menos que sea necesario. | Tiene buena apariencia pero solicita conocer sobre sus derechos y las medidas que puede tomar en caso de que a “alguna” de sus amigas necesite la ayuda A pesar de su buena | Se encuentra muy angustiada, llora mucho, esta con sus hijos, muy asustada, por que ha huido de su casa. No tiene nada personal, y tampoco está segura de lo que está haciendo. |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | apariencia solicita apoyo para ella pero no para ahora. | |
|--|--|--|--|

CLAVE PARA LA TABLA II:

X: Poco e imperceptible por la persona que lo padece.

XX: Hay un leve malestar en la persona que lo padece.

XXX: El malestar es muy fuerte y la persona que lo padece no sabe qué hacer.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS (que queremos lograr con la intervención)

El resultado de la primera atención en crisis estará centrada en la identificación de las incongruencias o cuando menos la disminución de los estados de ansiedad y mecanismos de defensa emocionales.

Se buscará junto con el cliente establecer los factores de riesgo y las medidas de protección que puede obtener antes de regresar a su entorno hostil, buscando su empoderamiento.

Desde la teoría humanista quien cumple el rol de terapeuta no necesariamente tiene que ser un profesional sino cualquier individuo que tenga la capacidad de jugar un rol de acompañamiento, escucha activa y empática.

Por lo tanto la atención en crisis es la puerta de entrada a una atención integral de ella y la forma en que se relaciona con el otro.

CONDICIONES DE LA ATENCION EN CRISIS

La atención en crisis exige garantizar algunas condiciones de empatía, de confort, de calidez, de confidencialidad y saber que todo el tiempo que tiene esta dirigido hacia ella.

El rol del terapeuta será inicialmente el de escucha activa para luego avanzar a la identificación de las incongruencias, entre el yo y la experiencia. El terapeuta asume explícitamente una posición de apoyo de soporte y de coincidencia con

la mujer en crisis, permitiéndole sentirse respaldada para paulatinamente permitirle diferenciar los eventos de violencia con su calidad de ser humano potencialmente bueno y potencialmente capaz de mejorar.

Se proponen medidas de protección, la razón por la cual el especialista propone medidas de protección se basa en el hecho de que existe muy poca información adquirida previamente por parte de la mujer, además que dependerá del nivel de riesgo que el entrevistador considere (puede ser que la mujer tenga algo de información pero no se dé cuenta del nivel de riesgo al que está expuesta). Particularmente en las crisis por violencia intrafamiliar el amparo, y los procedimientos que genera la legislación existente son muy poco difundidos entre las mujeres que viven siendo agredidas por sus parejas.

PRINCIPIOS DE LA ATENCIÓN EN CRISIS

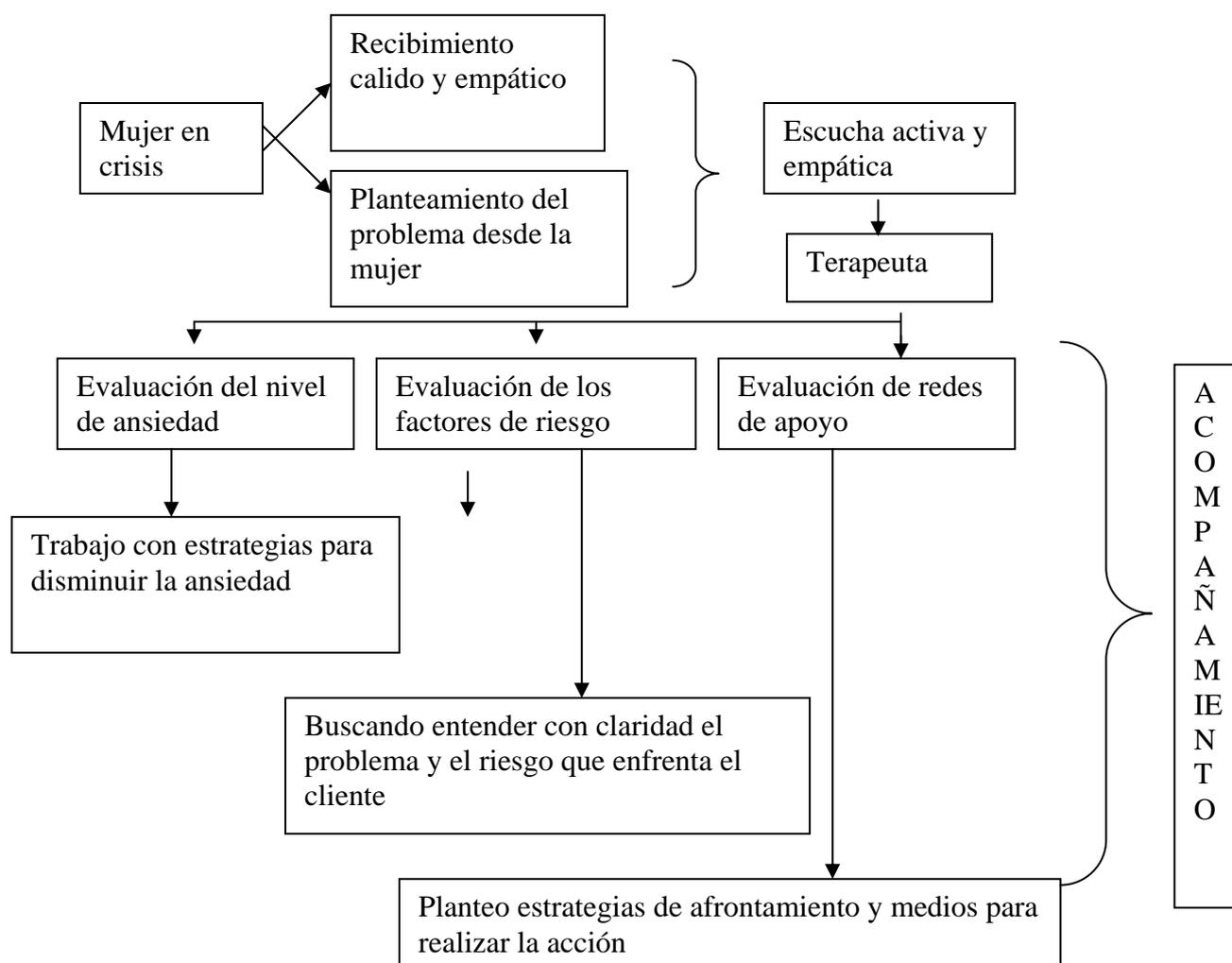
Escucha activa y empática: El terapeuta estará en la obligación de escuchar al cliente, buscando percibir correctamente el marco de referencia interno del otro con los significados y componentes emocionales que este mensaje trae.

Evaluación y estabilización de la ansiedad: el primer objetivo del trabajo estará encaminado a bajar el nivel de ansiedad de la mujer para que sea capaz de explicar su problemática con claridad.

Búsqueda de Redes de apoyo inmediato: la persona que enfrenta la crisis emocional, apoyada por el terapeuta, buscará una respuesta en sí mismo o en el otro que le ayude a mejorar su problema actual. Será en este momento donde se fortalecerán o construirán redes de apoyo que le permitan mantenerse segura en caso de otro evento violento.

Acompañamiento: será un instrumento de abordaje que desde la calidez, que permitirá mantener una escucha activa, manteniendo una observación participativa del proceso que enfrenta la mujer, con el objetivo de tener a la mano y en el momento necesario estrategias de contención y seguridad, por si se presentará una nueva crisis emocional. Este principio buscará que la mujer sepa que no está sola para enfrentar la crisis actual con una actitud solidaria.

ALGORITMO TERAPEUTICO



CONSTRUCTOS BÁSICOS PARA LA INTERVENCIÓN EN CRISIS

Para poder trabajar en los principios planteados anteriormente debemos basarnos en los constructos planteada por Rogers, quien agrupa a todos sus témanos según definiciones, sin embargo únicamente tomaremos en cuenta algunas como principios para la atención de emergencia y crisis emocional.

Tendencia actualizante y constructor conexos

Tendencia actualizante.- todo organismo tiene la tendencia innata a desarrollar todas sus potencialidades para conservarlo o mejorarlo.

Tendencia actualizante del yo.- esta tendencia se expresa también en la actualización de la parte de la experiencia del organismo que está simbolizada

en el yo. Cuando se encuentra el acuerdo entre la experiencia del yo y la experiencia del organismo en su totalidad la tendencia actualizante opera de forma unificada, sin embargo si hay incongruencias entre estos funcionarán por vías opuestas.

Experiencia

Sentimiento (Experiencing del sentimiento).- denota el significado personal de una experiencia de tinte emocional. Por lo tanto, incluye la emoción, pero también el contenido cognoscitivo del significado de esa emoción dentro, y de forma inseparable, se su contexto experiencial e inmediato.

Referencia con la representación conciente

Representación, simbolización, conciencia.- se considera a estos términos sinónimos, es la simbolización de una parte de nuestra experiencia, o sea que se concibe la conciencia como la representación simbólica de una parte de nuestra experiencia.

Yo y constructor

Yo, concepto del yo o de sí misma, estructura del yo.- se utiliza este término cuando hablamos de la imagen que la persona tiene de sí misma; y el término estructura del yo cuando observamos esta gestalt desde un marco de referencia externo.

El yo ideal.- es el término utilizado para definir el concepto del yo que el individuo desearía poseer y al cual asigna un valor de la mayor importancia.

Incongruencia

Incongruencia entre el yo y la experiencia.- se plantea este termino por la discrepancia que suele haber entre el yo tal como se lo percibe y la experiencia real del organismo. Denominando incongruencia al estado de discrepancia entre el yo y la experiencia. Cuando el individuo esta en un estado de incongruencia se encuentra en un estado de tensión y confusión interior, ya que

en algunos aspectos la conducta del individuo de rige por la tendencia actualizante y en otros por la tendencia a la actualización del yo.

Reacción ante las amenazas

Distorsión y negación del acceso a la conciencia.- todo el material que sea significativamente incongruente con el concepto del yo no puede ser directa y libremente admitido en la conciencia, es decir si hay un concepto incongruente el organismo reacciona produciendo una distorsión del significado de la experiencia, o negada la existencia con el fin de preservar de toda amenaza a la estructura del yo.

Congruencia

Estado de congruencia entre el yo y la experiencia,- en la terapia el individuo cuestiona el concepto que tiene de su yo y trata de establecer una congruencia entre aquél y su experiencia, es decir procura realizar una simbolización adecuada. Va reorganizando así el concepto que tiene de sí mismo para englobar esas características que anteriormente no eran compatibles con ese concepto.

Adaptación psicológica Funcionamiento óptimo.- se logrará cuando la estructura del yo es tal que permite la integración simbólica de la totalidad de la experiencia.

Percepción discriminativa.- si la persona reacciona o percibe de forma discriminativa, tiende a considerar la experiencia en términos delimitados y diferenciados a tomar conciencia de la dimensión espacio temporal de los hechos, a dejarse guiar por sus observaciones, no por las opiniones o teorías, valorando sus percepciones con criterios múltiples.

Consideración positiva incondicional

Contacto.- cuando dos personas están en presencia una de otra y cada una afecta el campo experiencial de la otra en forma percibida o subliminal

Consideración positiva.- cuando percibo que una persona tiene una experiencia respecto de su yo, y cuando esa percepción modifica positivamente mi campo experiencial. Percibirse a sí mismo como receptor de consideración positiva es sentir que una modifica positivamente el campo experiencial del otro.

Necesidad de consideración positiva.- es una necesidad secundaria o adquirida que comúnmente se desarrolla en la primera infancia.

Consideración positiva de sí mismo.- este término se utiliza para designar un sentimiento de consideración positiva que el individuo experimenta respecto a una experiencia o una serie de experiencias relativas al yo.

Consideración incondicional de si mismo.- cuando el sujeto se percibe a sí mismo de modo tal que todas las experiencias relativas de su yo le parecen dignas y de consideración positiva.

Valoración condicional

Valoración condicional.- es cuando el individuo busca o evita ciertas experiencias del yo, por la única razón de que las considera mas o menos de consideración positiva.

Constructos relacionados con la valoración

Centro de valoración.- es la fuente de los criterios aplicados por el sujeto en la valoración de su experiencia

Procesos de valoración orgánsmica.- se refiere a un proceso en continua evolución en el cual los valores nunca son fijos o rígidos, las experiencias se simbolizan adecuadamente y se valoran de manera constante y renovada en función a las satisfacciones orgánsmicamente experimentadas.

Constructos relacionados con la fuente del conocimiento

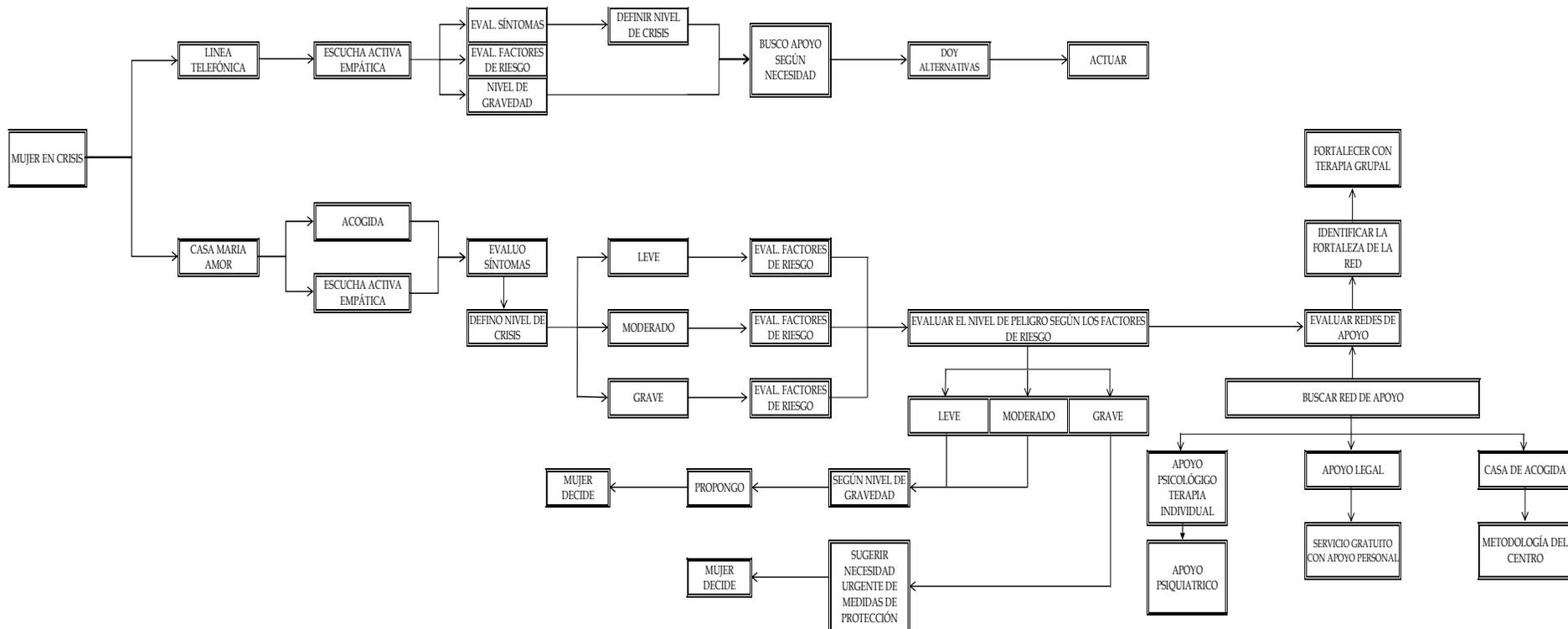
Marco de referencia interno.- abarca todo el marco de la experiencia asequible a la conciencia del individuo en un momento dado.

Empatía.- consiste en percibir correctamente el marco de referencia interno de otro con los significados y componentes emocionales que contiene, como si uno fuera la otra persona, pero sin perder nunca esa condición de “como sí”.

Marco de referencia externo.- percibir a partir de un marco de referencia interno puramente objetivo sin empalmar con la persona o el objeto observado, es decir percibir desde un marco de referencia externo.

El trabajo en atención en crisis será un primer momento anterior a la atención integral que necesitan las mujeres que atraviesan la problemática de la violencia, donde se les apoyará en su autoestima, empoderamiento, autonomía, participación.

MANEJO DEL PROCESO EN EL MOMENTO DE LA CRISIS (ALGORITMO)



DURACIÓN DEL TRATAMIENTO

El planteamiento de duración del tratamiento dependerá de las necesidades de las mujeres en el momento de la crisis.

La intervención en crisis estará determinada en dos momentos básicos; el primero que estará encaminado a la evaluación de los niveles de riesgo con el objetivo de construir las redes de apoyo necesarias para la mujer sabiendo que en dicho momento ella no está absolutamente decidida de salir del ambiente violento en el que actualmente está viviendo.

Por este motivo el primer momento estará caracterizado por la búsqueda de soluciones y medidas de protección inmediatas ya que posiblemente será la primera y última vez que vea a la mujer, ya que por sabiendo que las mujeres suelen volver al círculo de la violencia deben lograr reintegrarse a su ruta crítica con nuevas herramientas que le permitan salir en otro momento de crisis con mayor seguridad.

En un segundo momento constituirá el apoyo a la mujer en el momento de crisis aguda de la misma manera que en el primer momento, sin embargo este estará caracterizado por un tiempo más largo para reducir la ansiedad de la mujer, y lograr que re experimente las crisis anteriores que fueron normalizadas y ocultadas durante todo su trayecto de violencia, con el objetivo de reencontrarse a sí misma y lograr un crecimiento personal a raíz de sus vivencias.

EVALUACIÓN DEL PROCESO

En el estudio actual el modelo de evaluación fue llevado con una escala de satisfacción, referida únicamente al primer encuentro donde la mujer junto con el terapeuta decidieron un camino ha seguir.

Es claro e importante recalcar que el modelo de evaluación no resulto efectivo ya que las mujeres después de haber logrado calmarse de su crisis emocional la cual las desgasto mental y físicamente, no se encontraban en condiciones para llenar ningún formulario sino de hacer lo que había decidido en la sesión a la que acudió. Debemos notar también que para otras mujeres llenar el formulario

al final les permitió expresar cosas que no lograron hacerlo en la conversación sin embargo no siempre era confiable ya que lo hacían muy rápido y en algunos casos casi sin entender bien las preguntas por la ansiedad de regresar a sus casas antes que llegaran sus parejas.

Considero que el mejor elemento para medir y evaluar estos procesos que se caracterizan por ser rápidos y muy emotivos, empezar haciendo que la mujer califique su propio estado de ánimo en una escala del 1 al 10 y de la misma forma al final con el objetivo de que tanto como ella y el terapeuta de ese momento puedan saber como se está sintiendo al final y si logró lo que se esperaba.

Las respuestas verbales y no verbales de la mujer se convertirán en un indicador muy importante de tomar en cuenta en toda la entrevista, por ejemplo, “el me pega por que me quiere... aunque estoy cansada no puedo salir por que estoy sola con mis tres hijos” serán frases que nos están sugiriendo mucho y es con esas frases de ella con la que tenemos que ayudarla a salir, en muchos de los casos nos parecen frases tan comunes dichas por muchas mujeres y las etiquetamos como “reacciones culturales”, es claro que estas reacciones son culturales y muy comunes pero en cada mujer expresan miedos personales diferentes, los cuales se deben tomar muy en cuenta.

En cuanto a las respuestas no verbales nos ayudarán a saber el estado de ánimo real de la mujer, por ejemplo: una mujer muy bien vestida que solicita apoyo para “su hijo” por que tiene problemas en la escuela, sin embargo no es capaz de mirar a los ojos cuando se toca la relación de ella con su pareja actual, se encuentra en una crisis leve que puede ser imperceptible pero con el análisis clínico podremos darnos cuenta del problema real que le afecta, tanto al niño como a ella.

Todos estos serán elementos muy difíciles de cuantificar sin embargo serán los que nos ayuden a brindar el apoyo en crisis necesario para la mujer sin necesidad de estar preocupados por llenar miles de formularios que luego no le hayan dado una solución a la victima y a sus hijos.

COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS

La hipótesis planteaba que el abordaje de la crisis, por violencia intrafamiliar, con un modelo de atención humanista se lograría mejores resultados de lo que hasta ahora sin este modelo se han logrado.

Debemos tener en cuenta que hasta el momento, en nuestra ciudad no se hay un modelo de atención en crisis para violencia intrafamiliar por lo tanto no podemos decir que la hipótesis se comprobó al 100% ya que el modelo planteado ahora sería el primer modelo de atención en crisis dirigido a mujeres que viven violencia intrafamiliar.

CAPITULO VII



*“Fue Lessing quien dijo en una ocasión:
‘Hay cosas que deben haceros perder la razón,
O entonces es que no tenéis
Ninguna razón que perder’.
Ante una situación anormal,
La reacción anormal constituye
Una conducta normal”*

VICTOR FRANKL

ANALISIS DE CASOS Y RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

7.1. ANALISIS DE CASOS

CASO #1

HISTORIAL CLÍNICO

NO: 023

I. DATOS INFORMATIVOS:

Fecha: 20 de enero del 2007

Nombre: Juana

Lugar y fecha de nacimiento: Perú 11 de Junio de 1953

Sexo: femenino **Edad:** 54 años **Religión:** Evangélica **Escolaridad:** Superior

Estadio Civil: Unión libre

Profesión /ocupación: Asistente Social

Residencia: Perú

TIPO DE CONSULTA:

Inicio de proceso Terapéutico:

Ingresa en la casa de acogida:

V. Detalles sobre la situación social: BAJA

VI. FACTORES DESENCADENANTES

La paciente afirma que los factores desencadenantes de las agresiones solía ser la falta de trabajo de su pareja y el hecho de que ella en ocasiones ganará mas dinero que él, razón por la cual no le permitía trabajar, actualmente Juana manifiesta que las agresiones se daban cada vez que llegaba tomado y con otras mujeres, donde ella no tenía derecho de reclamar o exigir respeto por que él la agredía con mayor intensidad.

VII. HISTORIA DEL SÍNTOMA

La paciente comenta que desde que inicio su relación de pareja ya iniciaron los malos tratos psicológicos, los cuales para ella eran normal por que también los había vivido en su casa de niña, luego las agresiones física ocasionales “con o sin motivo” como manifiesta la paciente, ella comenta que cuando el se vino al Ecuador los malos tratos eran muy esporádicos, y la relación se mantenía bastante estable, sin embargo en su segunda visita a su pareja en el Ecuador se encontró viviendo con el a una mujer de 17 años con quien mantenía una relación de pareja y a quien agredía constantemente, Juana indignada pide explicaciones sobre las acciones de su pareja el cual responde con una fuerte golpiza, la señora manifiesta que él la tiro a la calle únicamente con una toalla con lo que pasó deambulando por las calles de la ciudad durante una semana. Finalmente logro regresar a su país junto con su hijo de 16 años a quien su padre también había agredido.

IX. DESARROLLO DEL CUADRO ACTUAL

Seis meses después la paciente vuelve a tener contacto con el agresor manifestando que ha cambiado y que en nombre de su iglesia retomen su relación, él pide perdón a la mujer la cual bajo la presión de su hijo, quien soñaba con mantener a su familia unida, toma la decisión de volver al Ecuador para vivir definitivamente con su conviviente y una vez estable traer a su hijo de Perú. Juana dice “según yo las cosas iban muy bien, él ya no me agredía e

incluso me dejaba trabajar, él empezó a ayudar en los quehaceres de la casa y al parecer todo iba muy bien”, En la misma casa que ellos arrendaban también vivía una chica de 16 años con su hermano, quienes pagaban un alquiler por la pieza que ocupaban, sin embargo dos semanas después la paciente se dio cuenta que el pago por la pieza era que su pareja mantenía relaciones sexuales con la niña a cambio de que vivieran en el lugar, y del mismo modo se entera de los múltiples crímenes cometidos por su pareja en contra de otras personas y en contra de la muchacha de 17 años con quien vivía seis meses atrás, quien lo metió durante 17 días a la cárcel, sin embargo él la sigue buscando para matarla.

Al saber toda la historia que tenía su pareja intenta escapar pero no lo logra ya que el mismo la golpea y viola de una manera sádica, sin embargo logra salir de su casa y buscar un lugar donde guarecerse hasta reunir el dinero para regresar a su país de origen.

X. RESEÑA DE LA ENTREVISTA

La paciente al momento de la entrevista se encuentra muy nerviosa casi sin poder hablar, llora con facilidad y el nivel de ansiedad que presenta no le permite coordinar organizadamente las ideas, se nota una elevación de su frecuencia cardíaca, acompañado de sensación de ahogo. Se propone a la paciente hacer una denuncia en la policía judicial por el delito cometido en su contra, sin embargo el gran temor que su agresor le impuso en ella no le permite hacer la denuncia por el intenso temor a morir y que la crean loca. En la segunda sesión se logra hacer una denuncia con el objetivo de sacar una boleta de auxilio que le permita estar protegida mientras logra salir del país, situación que ayuda a disminuir su angustia y temor.

XI. DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

Por los síntomas presentes en la paciente, presenta un cuadro compatible con una crisis de angustia relacionada con una situación de violencia intrafamiliar.

XII. CONCLUSIONES:

El trabajo realizado con la paciente fue dirigido a disminuir su nivel de crisis, y la búsqueda de un sistema de protección de su vida la cual se encontraba en peligro mortal. Después de ocho días de permanencia en la casa de acogida fue enviada a Perú con el apoyo del consulado peruano.

XIII. ESTUDIO DE CASO

Juana de 54 años de edad llega a la casa de acogida en una situación de crisis, la cual respondía a un nivel de crisis grave con síntomas de fatiga crónica, autoestima baja, sentimientos de culpa miedo e inutilidad sumado a quejas somáticas múltiples. El nivel de gravedad del problema según los factores de riesgo es alto, la frecuencia e intensidad de las agresiones demuestran que la integridad de la mujer se encuentra en peligro, la señora a sido víctima de violencia sexual, física, psicológica, y económica por parte de su conviviente el cual ha amenazado con matarla a ella y a su familia. Sus redes de apoyo son escasas por lo cual se ve la necesidad de construir una red de sostenimiento para que el nivel de riesgo disminuya. La paciente presenta también una agudización de su epilepsia, enfermedad que ha mantenido desde su adolescencia, y al momento de la primera entrevista su apariencia refleja toda la angustia miedo y desesperanza que la violencia por parte de su conyugue ha generado en ella.

El apoyo en crisis en el caso de esta mujer, basados en el poco tiempo que podía permanecer en el país por el riesgo que corría, se logró que enlace su experiencia con sus sentimientos actuales consiguiendo que no se sienta culpable por las decisiones tomadas, se consiguió que la paciente disminuya su ansiedad y establezca un nivel mínimo de congruencia entre su yo y su experiencia, se mantuvo una consideración positiva incondicional basados en su marco de referencia interno y externo manteniendo como base la escucha activa y empática.

Finalmente se construyo en conjunto una red de apoyo y protección para que pudiera llegar a su país de origen junto con su familia, no se logro un fortalecimiento de las mismas por la distancia.

CASO #2

HISTORIAL CLÍNICO

NO: 013

I. DATOS INFORMATIVOS:

Fecha: 15 de Diciembre del 2006

Nombre: Lourdes

Lugar y fecha de nacimiento: Cuenca, 29 de abril de 1975

Sexo: femenino **Edad:** 32 años **Religión:** Católica **Escolaridad:** Secundaria

Estadio Civil: Casada

Profesión /ocupación: Quehaceres Domésticos **Residencia:** Cuenca

TIPO DE CONSULTA:

Inicio de proceso Terapéutico:

Consulta externa:

II. DEMANDA O MOTIVO DE CONSULTA

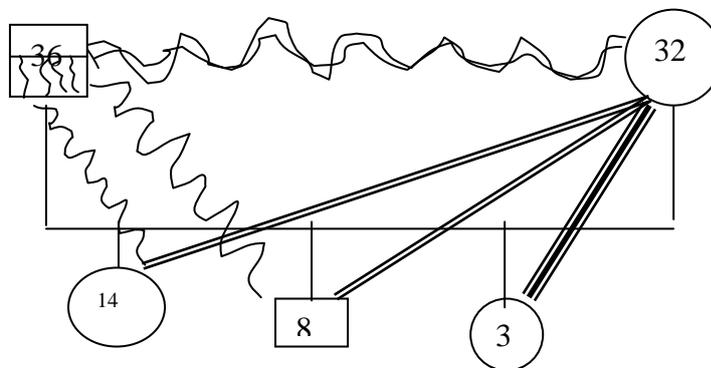
Solicita apoyo psicológico para ella y su hija de 15 años de edad por violencia física y psicológica por parte de su esposo.

III. BREVE HISTORIA FAMILIAR

Remite que se quedo huérfana de madre desde muy chica quedándose su padre a cargo de su cuidado y el de sus hermanos, manifiesta haber tenido una infancia muy difícil, su padre al igual que su nueva esposa eran muy agresivos en su manera de tratar, además que constantemente maltrataban a la paciente de forma física y psicológica tanto el padre como la madrastra, la paciente manifiesta haber huido de niña algunas veces de su casa por los malos tratos

causados por su madrastra, y que la mayor parte de su crianza estuvo a cargo de una tía materna quien la golpeaba constantemente, es así como la paciente a los 15 años de edad decide iniciar huir de los malos tratos con su pareja actual. Lourdes comenta que los dos primeros años de matrimonio fueron buenos sin ningún tipo de agresiones, su padre les apoyaba económicamente por lo que su esposo en esos primeros años no tuvo que preocuparse en trabajar, sin embargo desde el tercer año donde él ya tenía que responsabilizarse económicamente empezaron los malos tratos de forma psicológica, a partir de este momento los malos tratos cada vez se han ido intensificando hasta llegar a las agresiones físicas. La paciente manifiesta que actualmente las agresiones también van en contra de sus hijos y en especial de su primera hija de 15 años por la que ha decidido pedir ayuda.

IV. GENOGRAMA (OPSIONAL):



V. Detalles sobre la situación social: MEDIA

VI. FACTORES DESENCADENANTES

La paciente afirma que las agresiones son ocasionadas cuando su esposo regresa borracho o drogado de la calle, y sobre todo cuando ella le reclama por su estado, manifiesta también comenta que “cuando hay problemas económicos en casa él se pone muy violento y lo mejor es que no le digamos nada caso contrario explota y nos agrede a mi y a mi hija”

VII. HISTORIA DEL SÌNTOMA

La paciente comenta que desde que su esposo tuvo que asumir la economía de la casa los problemas empezaron, siempre había una justificación para sus acciones sean físicas o psicológicas. Lourdes comenta que desde que él empezó a consumir drogas las agresiones físicas se hicieron mas comunes, manifiesta que sus hijos han sido los más afectados por la violencia en especial su niña de 15 años quien perdió el año y su hijo de 8 años quien tiene pesadillas todas las noches, ella manifiesta ser siempre la culpable por lo que ha buscado apoyo psicológico para ella por que la última vez que él la agredió amenazó con quitarle a sus hijos por que estaba loca.

VIII. DESARROLLO DEL CUADRO ACTUAL

La señora esta conciente de las agresiones a las que ha sido victima en los últimos 6 meses sin embargo manifiesta que debe permanecer junto a su pareja por sus hijos y en especial su hija de 15 años quien quiere mucho a su padre y que si se separaran ella sería la culpable de que su hija no pueda crecer dentro de un hogar como le habría gustado a la paciente.

Actualmente sigue viviendo con su conyugue quien mantiene un control excesivo de sus salidas, la señora aun se siente culpable y da justificaciones a cada una de las agresiones a las que se ve sometida por parte de su pareja y se ha atribuido todo el problema a sí misma, mantiene un estado evitativo frente a su problemática.

IX. RESEÑA DE LA ENTREVISTA

En la primera entrevista la señora presenta una apariencia deteriorada, y un descuido en su imagen personal significativo, a pesar de su corta edad aparenta tener mucho más, sus rasgos faciales están caracterizados por una profunda tristeza, en el momento que habla de su problema con su marido no puede contener las lágrimas expresando su profundo temor y angustia. La señora presenta un nivel de crisis leve y no se ve a sí misma en riesgo a

pesar de estarlo. Presenta una autoestima baja, una fatiga crónica sentimientos de inutilidad y desamparo. Manifiesta tener noches en las que no puede dormir y que presenta dolores de cabeza muy fuertes sin razón aparente, no asume la violencia a la que es sometido como problema principal.

X. DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

Por los síntomas presentes en la paciente, podemos destacar en ella una ansiedad y preocupación excesiva e incontrolable, se fatiga con facilidad, esta irritable, mantiene una tensión muscular, alteraciones en el sueño, síntomas compatibles con un trastorno de ansiedad generalizada provocado por la violencia a la que es sometida.

XI. CONCLUSIONES:

El trabajo realizado con la paciente fue dirigido a disminuir la ansiedad y hacer evidente para sí misma la situación de violencia a la que esta siendo sometido ella y sus hijos, se trabajó en su empoderamiento y autoestima.

XII. ESTUDIO DE CASO

Lourdes de 32 años de edad, solicita apoyo psicológico para ella y su hija de 15 años por violencia intrafamiliar, a pesar de que la paciente no evidencia en sí misma la violencia de la que es víctima ha logrado evidenciarlo en su hija quien ha presentado el síntoma.

La paciente ha sido víctima de violencia física, psicológica y económica por parte de su esposo actual, sin embargo ella mantiene una justificación para sus agresiones las mismas que están dirigidas hacia sí misma. A pesar de no reconocer abiertamente la violencia en su vida la señora es conciente tanto sus hijos como ella necesitan otro tipo de apoyo por que desde hace algunos años se ha estado sintiendo sola, situación que genera un nivel de ansiedad elevado lo que le hace reaccionar muy impulsivamente, teniendo ya dos intentos de suicidio, los cuales no los ha consumado por sus hijos.

Evaluando su situación podemos ver que la paciente presenta una crisis moderada con una gravedad elevada del problema según sus factores de riesgo; debemos tener en cuenta que a pesar de que no sean frecuentes los episodios violentos la intensidad de los mismos es muy fuerte, ha habido ya dos intentos de suicidio al sentirse sola y sin saber que hacer, los niños también han sido víctimas de las explosiones violentas de su pareja, la señora no cuenta con redes de apoyo, tiene antecedentes de violencia intrafamiliar lo que hace que ella sienta la obligación de soportar el problema, su pareja mantiene un elevado nivel de control sobre ella. Todos estos factores de riesgo han sido somatizados por la paciente y aun no han sido vistos como un problema. En este proceso inicial se logró que ella deje de sentirse sola y que el ambiente terapéutico, el cual brindó una escucha activa y empática, manteniendo una consideración positiva e incondicional se ha convertido en su red de apoyo inmediata para el momento en que se enfrenta a una nueva explosión violenta. Para lograr cambios en la paciente se ha visto necesario remitirla a un proceso más largo de terapia con el fin de que ella acepte la violencia a la que está siendo sometida y el enfrentamiento de la misma, por su salud y la de sus hijos.

CASO #3

HISTORIAL CLÍNICO

No: 012

I. DATOS INFORMATIVOS:

Fecha: 12 de Diciembre del 2006

Nombre: María Elena

Lugar y fecha de nacimiento: Paute, 6 de Diciembre de 1905

Sexo: femenino **Edad:** 56 años **Religión:** Católica

Escolaridad: Secundaria incompleta

Estado Civil: Separada

Profesión/ocupación: Auxiliar de enfermería

Residencia: Girón

TIPO DE CONSULTA:

Inicio de proceso Terapéutico:

Consulta externa:

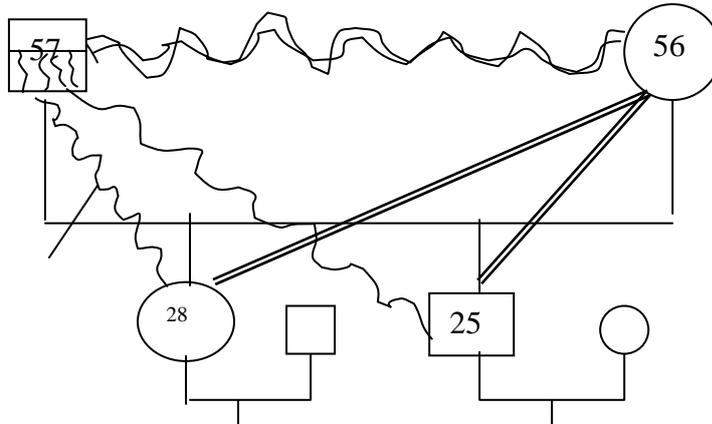
II. DEMANDA O MOTIVO DE CONSULTA

Solicita apoyo psicológico por violencia intrafamiliar que es provocada por su esposo de quien actualmente está separada.

III. BREVE HISTORIA FAMILIAR

La paciente remite no haber sido víctima de ningún tipo de violencia en su familia de origen, sin embargo, los imaginarios que le impusieron le permitieron soportar violencia en la construcción de su familia actual. La paciente remite llevar 28 años de matrimonio donde fueron procreados dos hijos, comenta que los primeros años de su matrimonio fueron muy normales y sin ningún problema significativos, donde la paciente aun no percibía la violencia psicológica a la que esta siendo sometida. A partir de su salida del hogar causado por su infidelidad el agresor regresa constantemente a la casa de su pareja para violentarla a ella y a sus hijos. Actualmente la familia de la paciente se encuentra desestructurada, sin límites claros que le permiten al agresor causar todo tipo de daños.

IV. GENOGRAMA (OPSIONAL):



Detalles sobre la situación social: MEDIA

V. FACTORES DESENCADENANTES

Como factor desencadenante primordial de las agresiones podemos tomar en cuenta la infidelidad de parte de su esposo, sumado al constante consumo de alcohol.

VI. HISTORIA DEL SÌNTOMA

La señora comenta que a pesar de que no tenían mucho problemas en su matrimonio ahora se ha dado cuenta que las agresiones psicológicas eran constantes y que la infidelidad de él agravo las cosas dando paso a las agresiones físicas y patrimoniales.

La paciente manifiesta que las agresiones empezaron hace 8 años y a pesar de que ya no viven juntos aun se siguen dando por que cada vez que se encuentra tomado acude a la casa de su esposa a romper puertas y gritar toda clase de insultos hasta que le permitan el ingreso. La señora por el temor a quedarse sola acepta todo tipo de agresiones y humillaciones permitiéndole la entrada a pesar de que se ha convertido en una carga económica para la paciente.

VII. DESARROLLO DEL CUADRO ACTUAL

Actualmente la paciente manifiesta estar cansada de sus malos tratos y en especial de las agresiones que ahora ya no son solo hacia ella sino también hacia sus hijos y nietos y en lugares públicos. La señora comenta que su salud se ha visto muy deteriorada y que es lo que le ha hecho buscar ayuda con el objetivo de salir de su casa para tranquilizarse de lo que está viviendo actualmente, sin embargo, no quiere hacer ningún tipo de trámite legal asegurando que si lo hace él se pondrá mucho más violento y empeorarán las cosas. Manifiesta que lo que necesita en este momento es protección temporal para ella ya que él ha amenazado con ser más violento si no desaparece.

VIII. RESEÑA DE LA ENTREVISTA

La señora al momento de la entrevista se le nota muy ansiosa, manifestando una fatiga crónica, pérdida del sueño desde ya algunas semanas por el temor a que el ingreso en la noche, labilidad emocional, tensión muscular, temblor, sensación de ahogo y miedo profundo a perder el control y actuar en contra de sí misma. La señora llora con mucha facilidad contando su relato y pide apoyo de forma imperiosa.

IX. DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

A partir de los síntomas con los que se presenta la paciente, presenta un cuadro compatible con una crisis de angustia.

X. CONCLUSIONES:

Se concluye la sesión buscando que se tranquilice la paciente para que pueda coordinar mejor sus ideas y tomar una decisión de manera más calmada evaluando las diferentes alternativas propuestas. Además se logró que la paciente sienta que no se encontraba sola y que había la posibilidad de salir de su problema actual.

XI. ESTUDIO DE CASO

María Elena de 52 años de edad, busca apoyo emocional por encontrarse en un estado de crisis grave provocado por la violencia intrafamiliar a la que actualmente está siendo cometida por parte de su pareja actual.

La paciente llega a la consulta con un nivel elevado de ansiedad que casi no le permite expresar con claridad su problema. La señora es acogida de manera calida, brindándole una escucha activa y empática al momento de su recibimiento, la paciente en el momento que llega casi no logra coordinar con claridad sus ideas ya que horas antes de pedir el apoyo se suscitó el episodio de violencia.

Al momento de evaluar los síntomas se pudo notar que la paciente se encontraba muy temerosa de la decisión que había tomado, lloraba con mucha facilidad, se notaba en su rostro una fatiga profunda, su autoestima se encontraba muy baja demostrando una gran inseguridad en sí misma, miedo y sentimientos de soledad, su nivel de ansiedad era demasiado elevado que mantenía sus músculos faciales completamente tensos, manifestaba tener un dolor de cabeza constante sin razón aparente, presenta un cuadro disociativo manifestando no recordar como fue que llegó al lugar en donde estaba. Todos los síntomas descritos nos evidencian un nivel de crisis grave con factores de riesgo moderados, no obstante la paciente solicita el apoyo con el fin de ser escuchada ya que todas las opciones planteadas le parecen imposibles de realizar en ese momento.

Al momento de evaluar sus redes de apoyo se pudo notar que es inexistente por lo que se plantea la necesidad de que la paciente continúe con un proceso terapéutico e incluso se considera como medida de protección temporal su ingreso a la casa de acogida.

A pesar de los ofrecimientos claros y necesarios la paciente hace explícito su necesidad de ser escuchada y seguir un proceso de forma externa ya que no puede dejar su trabajo que se encuentra en Girón.

El trabajo en esta primera y única consulta estuvo dirigido al acompañamiento y contención en el momento de la crisis, manteniendo como principio

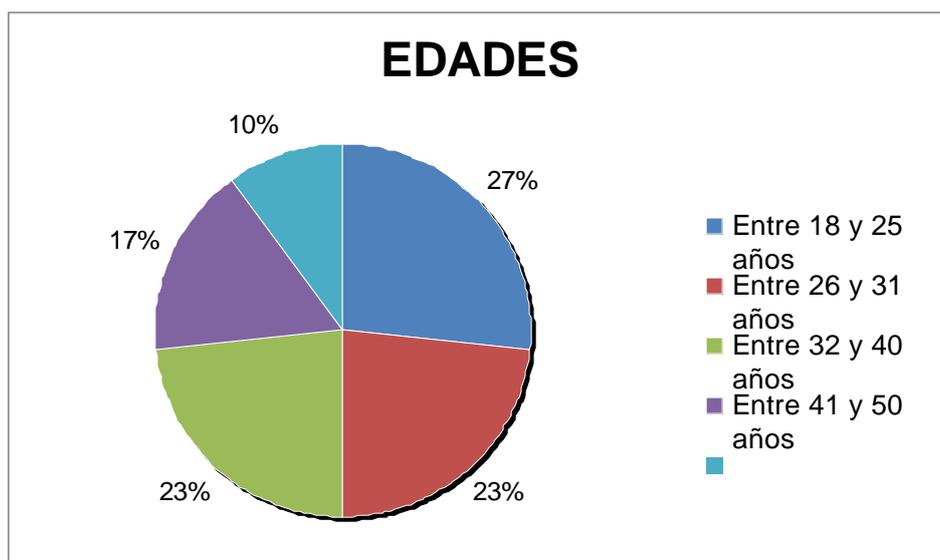
fundamental la escucha activa y empática que era lo que solicitaba la paciente como una necesidad imperiosa, se logró estabilizar la ansiedad que presentaba en el momento de la crisis, se buscaron redes de apoyo inmediatas, las cuales no se pudieron hacer evidentes en su caso por su constante evitación y negación ante el problema al que se estaba enfrentado, en cuanto al acompañamiento no se llevo a cabo ya que la paciente no volvió para un segundo encuentro, no obstante ha sido invitada en varias ocasiones a formar parte de los grupos de apoyo que se trabajan dentro e la institución como un mecanismo de contracción de su red de apoyo y protección y de empoderamiento frente a su problemática, a los cuales ha respondido de forma positiva siempre aunque no ha llegado a participar de ellos.

7.2. ANALISIS DESCRIPTIVO DE DATOS

7.2.1. Datos Bibliográficos

7.2.1.1. Edades

El rango de edad predominante en las pacientes atendidas se encuentra entre 18 y 31 años con un porcentaje del 50% de la muestra recolectada.



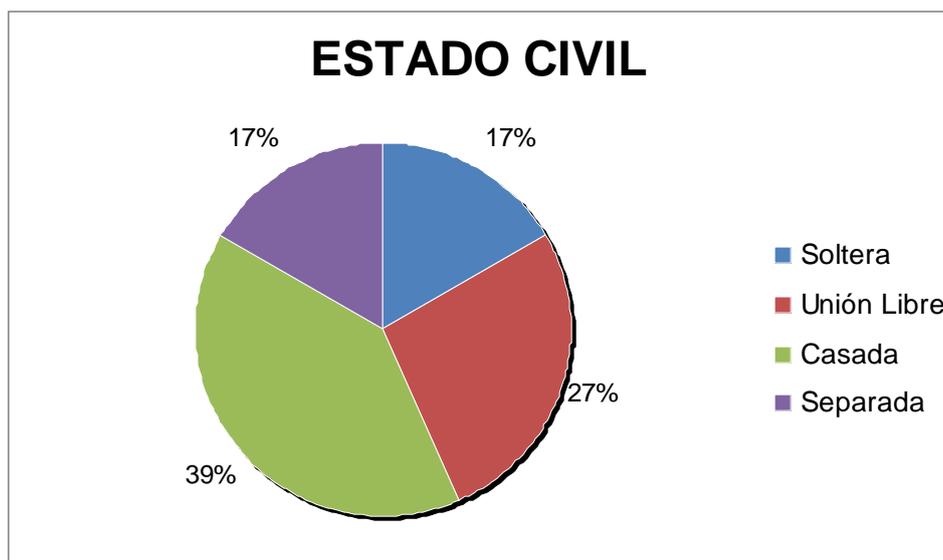
FUENTE: investigación de campo

ELABORADO POR: Gabriela Acurio

CUADRO 1

7.2.1.2. Estado Civil

El estado civil al que pertenecen en su mayoría es casado que corresponde el 40% y las que viven en unión libre que corresponde al 27% de los datos recolectados en la muestra.



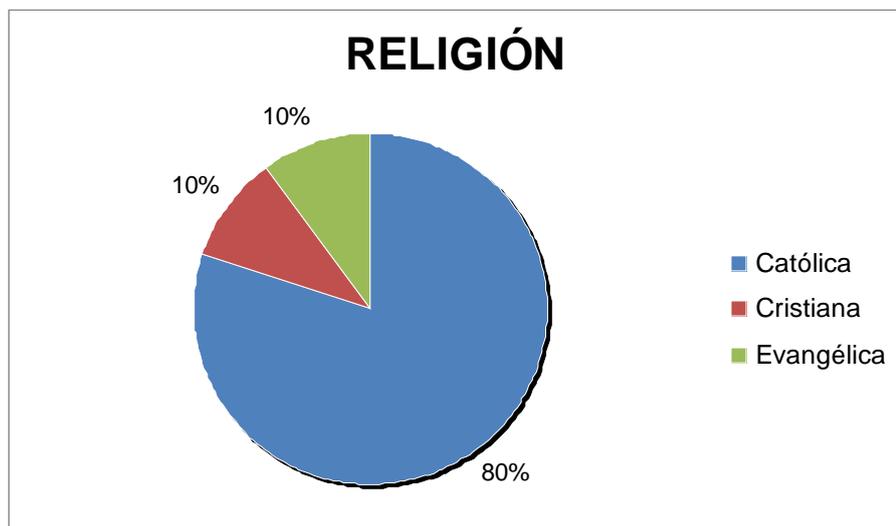
FUENTE: investigación de campo

ELABORADO POR: Gabriela Acurio

CUADRO 2

7.2.1.3. Religión

La religión practicada por la mayoría de las pacientes es la católica con EL 80% seguida por la evangélica y cristiana a quienes les corresponde el 10% a cada una.



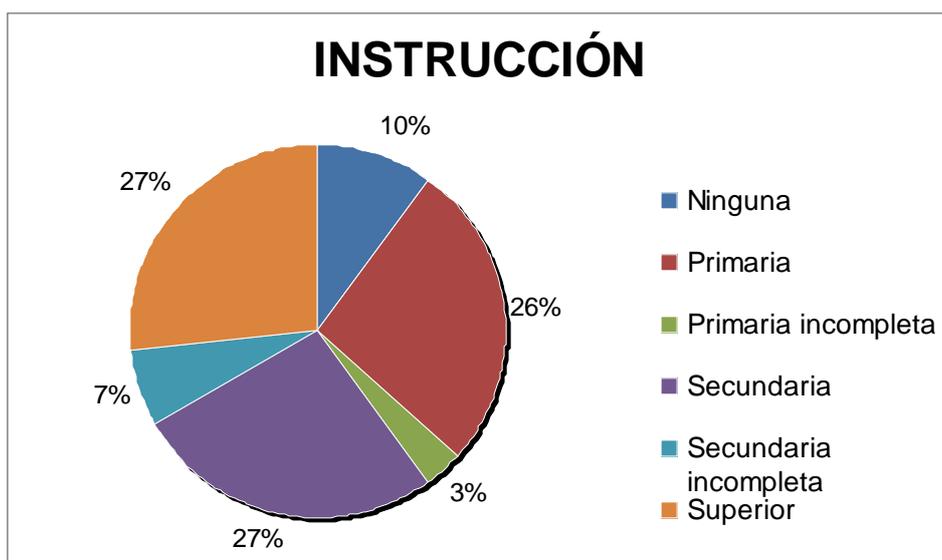
FUENTE: investigación de campo

ELABORADO POR: Gabriela Acurio

CUADRO 3

7.2.1.4. Nivel de Instrucción

Para el trabajo en el abordaje de la crisis será de gran importancia saber el nivel de instrucción de la paciente para poder brindarle opciones claras y acordes a sus posibilidades de abstracción y entendimiento con el objeto de que sin importar el mismo pueda acceder a los mismos recursos que todas. Encontramos 27% lo comparten el nivel de instrucción secundaria y superior, seguido por el nivel primario con el 26%, el 10% de las mujeres atendidas no ha tenido acceso a ningún tipo de instrucción el 7% no ha culminado la secundaria y únicamente el 3% no termina la primaria. Estos valores se han podido reflejar por que el medio por donde solicitan el apoyo no compromete la identidad de las mujeres, mostrándonos que la violencia intrafamiliar se da en todas las clases sociales y en todos los niveles de educación.



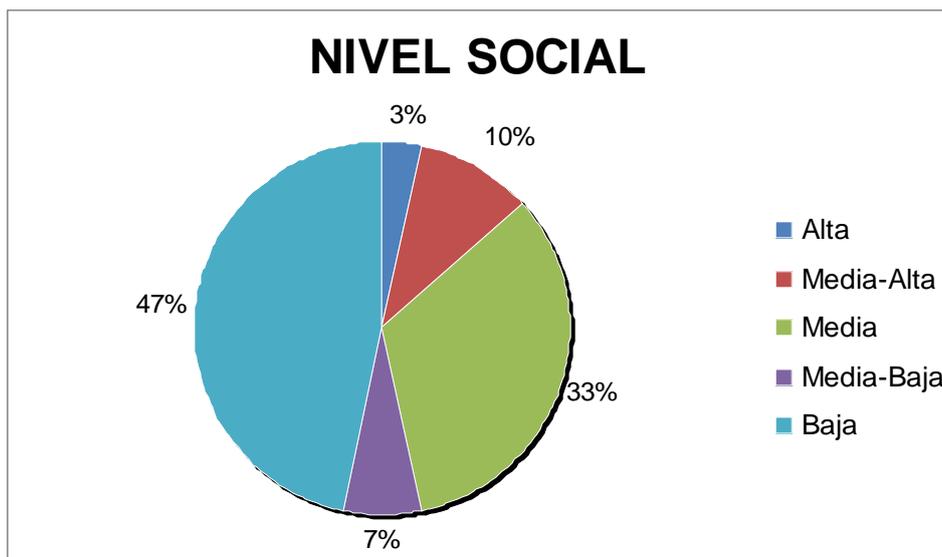
FUENTE: investigación de campo

ELABORADO POR: Gabriela Acurio

CUADRO 4

7.2.1.5. Nivel Socio Económico

El nivel socio económico predominante son las mujeres de clase baja con un 47% seguidas de las mujeres de clase media con un 33%, es importante destacar que mujeres de clase media tendiste a alta y las de clase alta ocupan el 13% lo que nos hace notar que son todas que en todas las clases sociales podemos encontrar problemas de violencia intrafamiliar que no son visibles por las presiones sociales a las que se exponen mujeres de clases sociales mas altas.



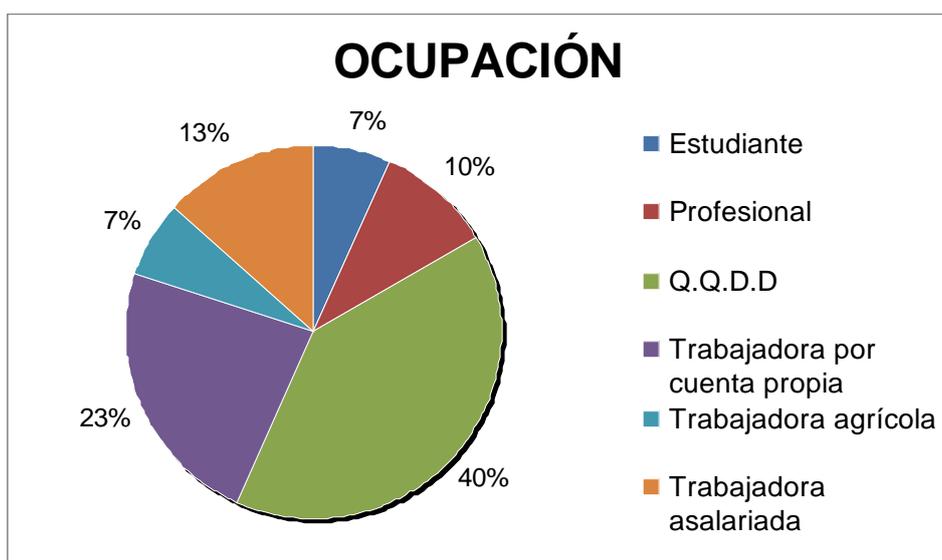
FUENTE: investigación de campo

ELABORADO POR: Gabriela Acurio

CUADRO 5

7.2.1.6. Ocupación

La ocupación predominante de las mujeres que solicitan ayuda por violencia intrafamiliar es la de quehaceres domésticos el cual refleja el 40% seguido por el 23% que representa a mujeres que trabajan por cuenta propia, el 13% el 10% son profesionales y el 7% son estudiantes y trabajadoras agrícolas.



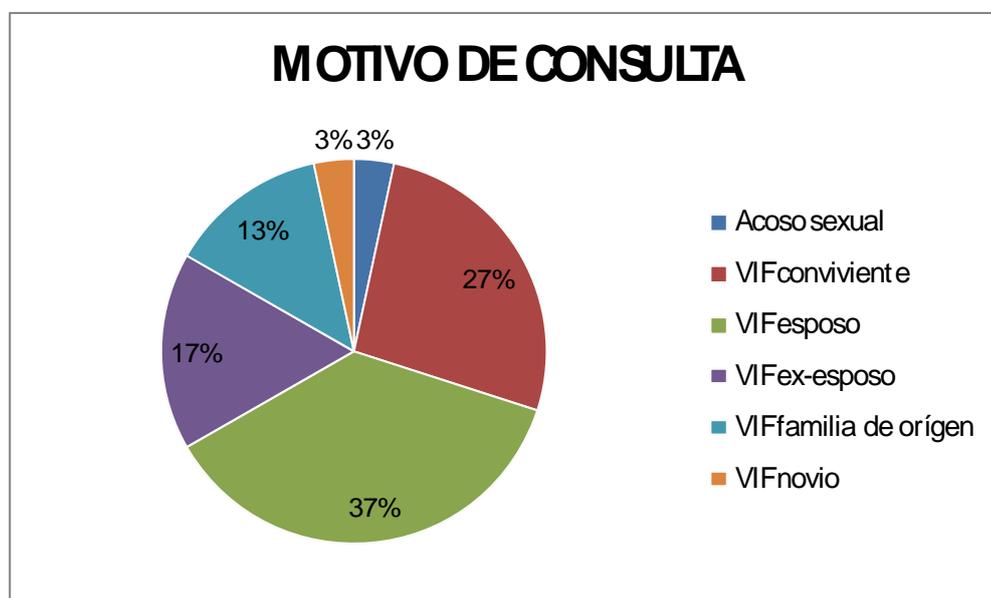
FUENTE: investigación de campo

ELABORADO POR: Gabriela Acurio

CUADRO 6

7.2.2. *Motivo de consulta*

El motivo de consulta más frecuente asistido fue el de violencia intrafamiliar provocada por su esposo, seguido por el 27% que eran mujeres que solicitaban ayuda siendo el agresor su conviviente, el 17% eran agredidas por su ex pareja y el 13% reportaban violencia por parte de su familia de origen, el 6% restante se dividía entre el acoso sexual y violencia por parte de su novio.



FUENTE: investigación de campo

ELABORADO POR: Gabriela Acurio

CUADRO 7

7.2.3. *Historia familiar*

El 57% de las mujeres atendidas reportan haber vivido en un ambiente violento en su familia de origen y el 43% reportan no haber sido agredidas nunca antes de casarse.



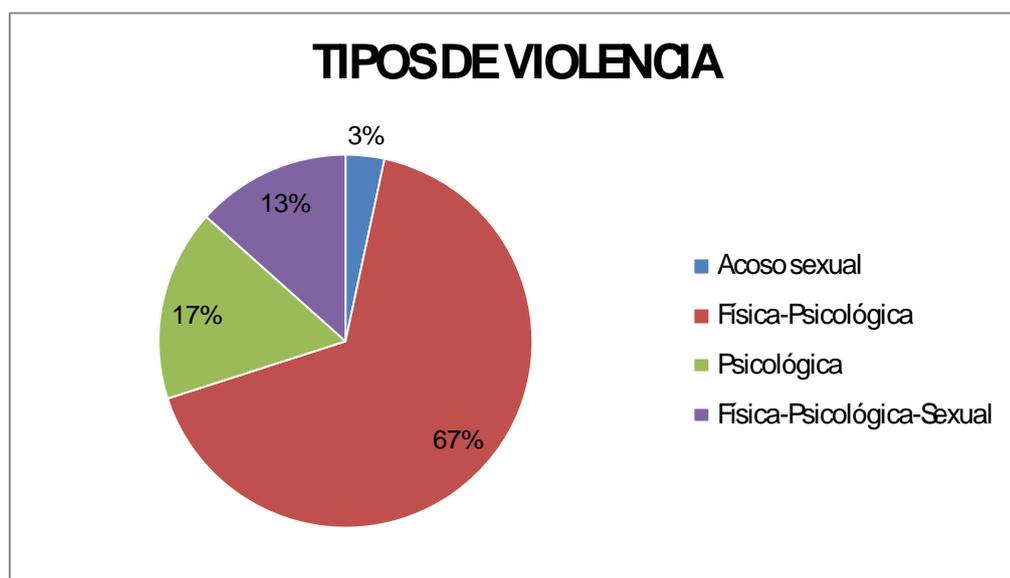
FUENTE: investigación de campo

ELABORADO POR: Gabriela Acurio

CUADRO 8

7.2.4. Tipo de violencia

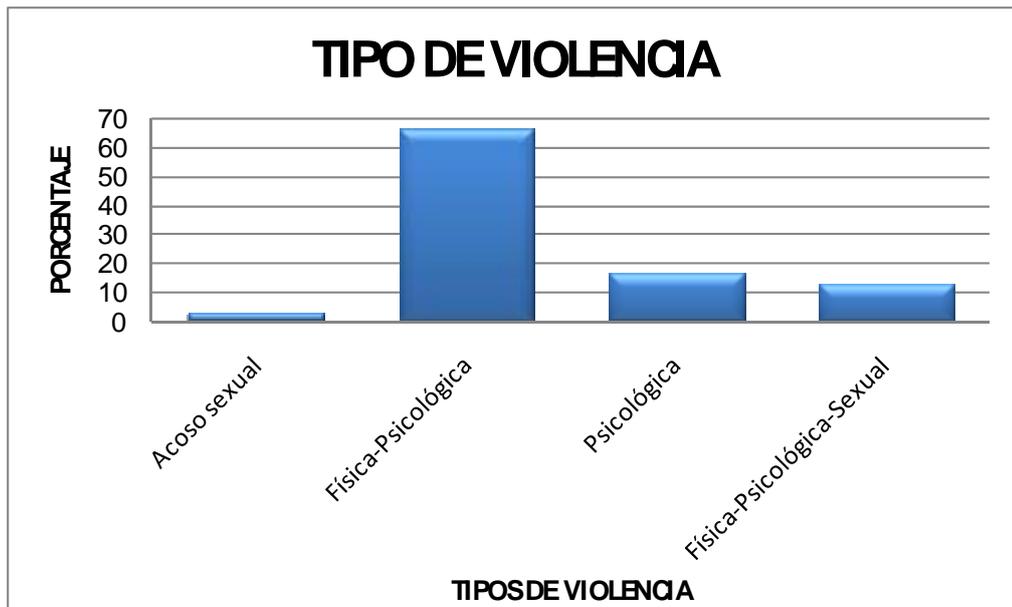
El tipo de violencia reportado como el más frecuente es la violencia física y psicológica con el 67% de los casos investigados, el 17 % reportó únicamente violencia psicológica, el 13% remite haber vivido violencia física, psicológica y sexual, y el 3% restante manifiesta haber sido víctima de acoso sexual.



FUENTE: investigación de campo

ELABORADO POR: Gabriela Acurio

CUADRO 9



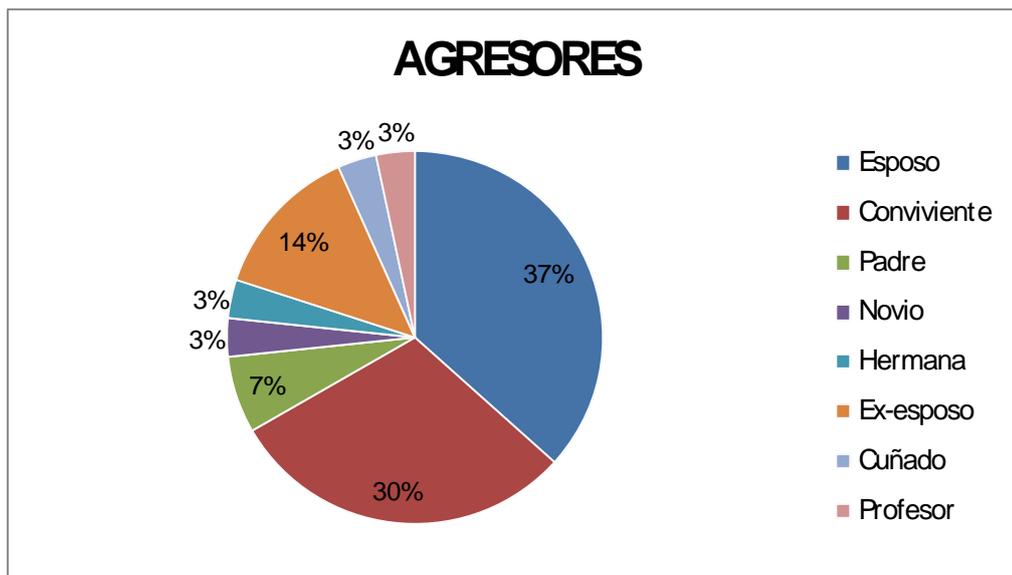
FUENTE: investigación de campo

ELABORADO POR: Gabriela Acurio

CUADRO 10

7.2.5. Agresores

Entre los agresores más comunes reportados por las pacientes atendidas tenemos que el 37% pertenece a los esposos, el 30% a los convivientes, el 14% a los ex esposos, el 7% a los padres y el 12% restante repartido entre novios, hermanas, cuñados y profesores.



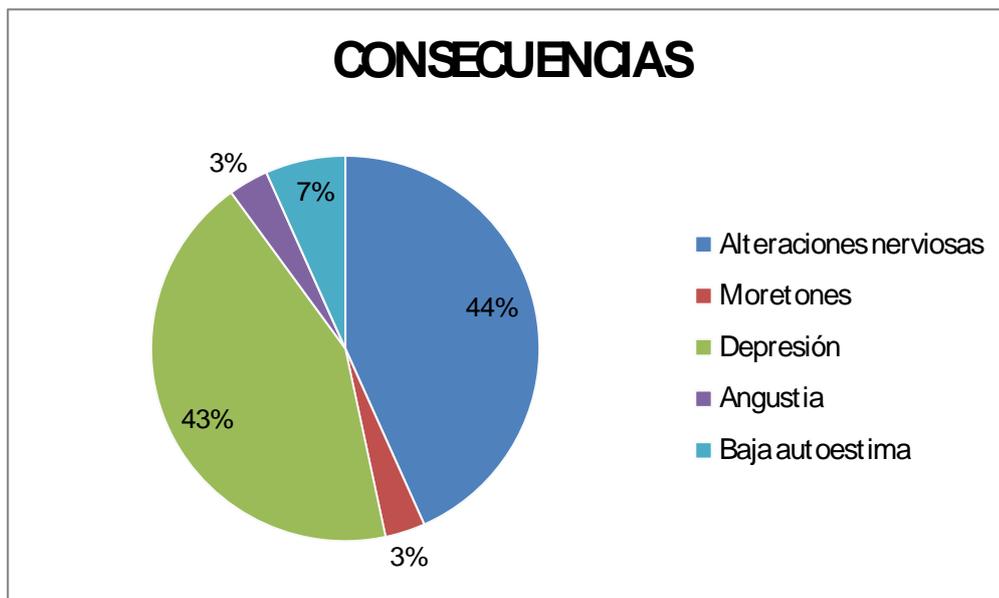
FUENTE: investigación de campo

ELABORADO POR: Gabriela Acurio

CUADRO 11

7.2.6. Consecuencias

Las consecuencias mas frecuentes provocadas por la violencia intrafamiliar son las alteraciones nerviosas con un 44% de la muestra recolectada, el 43% de las mujeres manifiesta que la consecuencia mas frecuente es la depresión, 7% plantea que la violencia genera baja autoestima y el 6% restante se divide entre angustia y moretones como conches encía de la violencia intrafamiliar



FUENTE: investigación de campo

ELABORADO POR: Gabriela Acurio

CUADRO 12

7.2.7. factores desencadenantes

Es importante destacar que los factores desencadenantes de un evento violento dentro del entorno familiar, no implica la razón por la cual se ejerce la violencia. Entre los factores más comunes tenemos el alcoholismo y abuso de sustancias, el desempleo, los celos, la infidelidad masculina, y las estructuras machistas conservadas durante años donde las mujeres no tienen derecho a opinar o mejorar en la vida.

7.2.8. Síntomas más comunes

Las pacientes que asisten a una primera consulta presentan innumerable cantidad de síntomas que pretenden evidenciar el nivel de afectadas que se encuentran por una situación anormal como lo es la violencia intrafamiliar. Entre los síntomas más frecuentes se plantea una lista a continuación, dividida entre lo más frecuente y los síntomas existentes pero que son poco evidentes se ha categorizado como poco frecuentes.

| SÍNTOMA | POCO FRECUENTE | FRECUENTE |
|--------------------------|-----------------------|------------------|
| Temor | x | |
| Angustia, | | x |
| Culpa | | x |
| Sentimientos de soledad, | | x |
| Baja autoestima | x | |
| Trastornos del sueño | x | |
| Ansiedad | | x |
| Fatiga crónica | | x |
| Trastornos digestivos | x | |
| Tristeza profunda | | x |
| Perdida del interés | x | |
| Pensamientos de muerte | | x |
| Llanto fácil | | x |
| Irritabilidad | | x |
| Labilidad emocional | | x |
| Tensión muscular | x | |
| Temblor | x | |
| Sensación de ahogo | x | |
| Miedo a perder el | x | |

| | | |
|--------------------------------|----------|----------|
| control | | |
| Quejas somáticas | | x |
| Cefaleas tensionales | | x |
| Trastornos alimenticios | x | |
| Descuido de su imagen personal | | x |

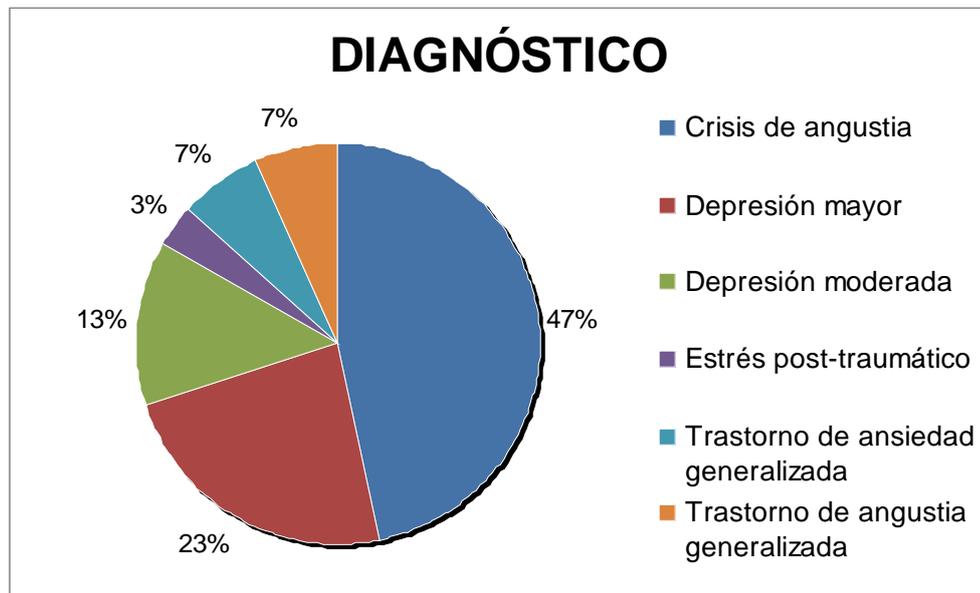
FUENTE: investigación de campo

ELABORADO POR: Gabriela Acurio

CUADRO 13

7.2.9. *Diagnostico*

Al finalizar la primera consulta a todas las pacientes se pudo diagnosticar según los síntomas más frecuentes que presentaban al momento de la atención en crisis es así como el 47% presentó síntomas compatibles con una crisis de angustia, el 23% presentó síntomas que sugerían una depresión mayor, el 13% presenta depresión moderada, el 14% se divide entre trastornos de angustia y trastornos de ansiedad generalizada, y finalmente el 3% presenta síntomas compatibles con estrés post traumático.



FUENTE: investigación de campo

ELABORADO POR: Gabriela Acurio

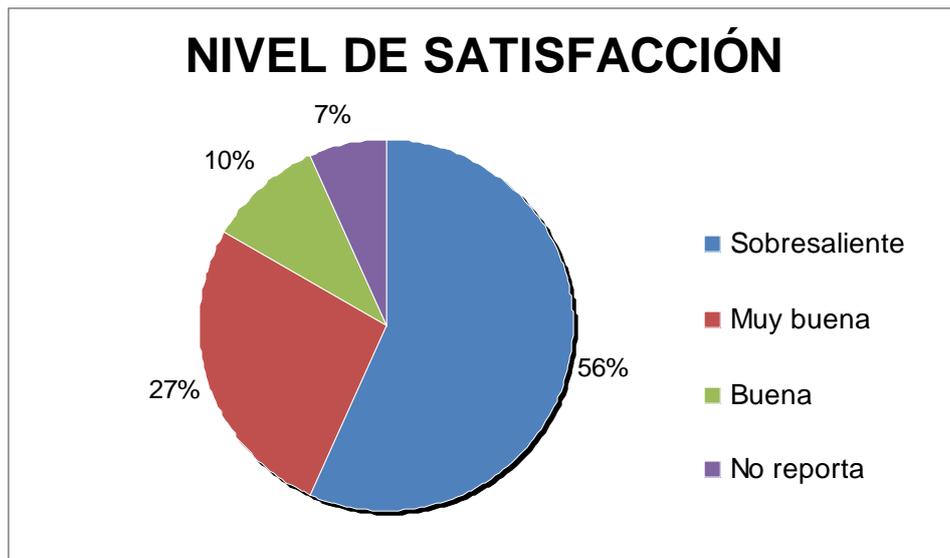
CUADRO 13

7.3. ANALISIS DESCRIPTIVO DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

7.3.1. ¿En la escala del 1 al 10 como se sintió que fue atendida?

En cuanto al nivel de satisfacción tenemos que el 56% de la muestra obtenida remiten haberse sentido satisfechas con el tipo de atención recibida, sin embargo el 27% reportan que el tipo de atención fue muy buena, frente a un 10% que considera la atención de buena y el 2% no quieren llenar la encuesta.

Las pacientes remiten haberse sentido satisfechas con el apoyo recibido por que se sintieron más seguras para enfrentar la situación que vivían, lograron conseguir un refugio donde albergarse en el momento de la crisis, y sintieron un apoyo incondicional en el momento de recibir la primera ayuda.



FUENTE: investigación de campo

ELABORADO POR: Gabriela Acurio

CUADRO 14

7.3.2. ¿En la primera entrevista Usted se sintió obligada a tomar algún tipo de decisión que no quería?

Es claro que el 87% de las mujeres atendidas remiten no haberse sentido obligadas a tomar ningún tipo de decisión que no quería, y el 100% de las mujeres manifiesta haber asistido a una primera consulta por cuenta propia.

Todas las mujeres manifiestan la necesidad de que haya una persona que en el momento de angustia le brinde su apoyo y confianza, que las reciban con en un ambiente cálido y acogedor, sabiendo que tienen derecho a una vida mejor y que el espacio que se les brinda les permite tomar decisiones sin ningún tipo de presión exterior.



FUENTE: investigación de campo

ELABORADO POR: Gabriela Acurio

CUADRO 15

CONCLUSIONES:

1.- la Violencia Intrafamiliar es un evento mucho más frecuente de lo que se asume socialmente. Las mujeres que buscan atención son urbanas de edad reproductiva, de ingresos modestos y niveles de instrucción elevados.

Más allá de los datos secundarios que muestran la incidencia creciente de la violencia intrafamiliar, la demanda de atención por parte de mujeres víctimas de Violencia Intrafamiliar en la ciudad de Cuenca y en la casa de acogida María Amor evidencia lo frecuente de este problema de la salud pública.

Del estudio realizado se puede ver que el perfil de las mujeres que acuden a la casa María Amor se caracteriza por ser el de mujeres de entre 18 y 31 años de edad, predominantemente de estado civil casadas, residente en la ciudad de Cuenca, y la principal ocupación quehaceres domésticos.

El nivel más frecuente de instrucción son el nivel superior y la secundaria completa, mostrándonos con claridad que el nivel de instrucción de una persona no le hace inmune a enfrentar esta problemática, la situación económica predominante es el nivel bajo con el 47% seguido de la clase media (33%).

2.- Una larga ruta de agresiones hacen de la violencia un proceso crónico en la vida de las mujeres, que buscan ayuda, apoyo o acogida cuando llegan a un momento de crisis en su relación de pareja.

El 97% de las pacientes atendidas remiten haber sido víctimas de violencia desde su casa materna, como una problemática que se mantiene generación tras generación, convirtiéndose en una conducta aprendida y normalizada desde su infancia, situación que permite que cuando formen sus hogares continúan

manteniendo estructuras de convivencia que perpetúan el círculo de la violencia.

El motivo de consulta de todas las pacientes atendidas es una crisis de violencia en sus diferentes formas, los factores desencadenantes más comunes son el abuso de sustancias, el desempleo, la infidelidad masculina, es importante dejar claro que los factores desencadenantes de la violencia no constituyen la razón y la explicación de la violencia, que se relacionan más con la estructuras machista y de poder existentes en las familias.

La mayoría de las mujeres que asistieron por consulta externa, fueron solas y con el objetivo de aliviar su angustia y desesperación.

3.- A pesar de su incidencia no existe un guía de atención de primera instancia.

A partir de la revisión y el análisis de la información secundaria existente se constató la inexistencia de un modelo de atención en crisis que sea una alternativa de apoyo para el primer abordaje de las mujeres violentadas.

Por ello se propuso en esta tesis la construcción de un modelo de intervención en primera instancia que permita un abordaje haciéndole saber a la mujer saber que no esta sola y que hay quien crea en ella y su relato.

4.- La psicología humanista es un método adecuado para las mujeres que acuden a solicitar un apoyo en la casa de acogida María Amor.

La psicología humanista desde un enfoque Rogeriano, es un enfoque psicológico que acoge a la victima y logra encontrarse a si mismas y sus propias fortalezas para mejorar su calidad de vida.

Al evaluar la satisfacción de la atención con este modelo, obtuvimos que el 66% de usuarias lo calificó como sobresaliente y bueno.

Al finalizar el estudio se observó gran beneficio que significó el trabajo con un modelo de atención en crisis en mujeres violentadas ya que permitió que muchas de ellas sepan que no están solas y de esta manera busquen otro tipo de ayuda para resolver su problema.

De las mujeres que asistieron a una primera consulta en un estado de crisis emocional, el 40% solicitaron otro tipo de servicio en el mismo centro, como por ejemplo, acogida en la casa, terapia individual externa, apoyo social y apoyo legal.

Las mujeres que solicitaron un proceso psicológico individual más prolongado después de la primera sesión en crisis, adhirieron mejor a terapia que mujeres que no habían tenido una primera contención en crisis. Esto puede estar relacionado con el nivel de satisfacción que les generó la primera atención recibida.

De la misma manera las denuncias de agresiones y el apoyo a las mujeres no pretende de ninguna manera separar a las mujeres y sus hijo/as de sus hogares, más bien busca fortalecer a las mujeres y sus hijos para vivir en hogares libres de violencia.

RECOMENDACIONES:

Es importante fortalecer los programas que buscan concienciar a la población sobre la problemática de la violencia intrafamiliar que continúa limitada a la intimidad del hogar.

Es necesario que tengamos en cuenta que la violencia en la familia nos afecta a todos y todas de diferentes maneras por lo que debemos considerar a esta problema como un detonante de crisis emocionales en las personas que la enfrentan, en este caso las mujeres y sus hijas/os, por lo cual es importante brindar un abordaje integral y con el mayor respeto, y profesionalismo sin desvalorizar o minimizar el sufrimiento de el otro.

Se recomienda que se utilice el modelo desarrollado como una herramienta de trabajo para los profesionales de la salud, el cual permitirá apoyar a la mujer en su crisis de la manera más humana y calida.

Es necesario profundizar la aplicación de este instrumento y evaluarlos en otros grupos de estudio, con el objetivo de que este trabajo constituya una herramienta real para las personas que pretendan utilizarlo.

Considero necesario que el manejo de la violencia intrafamiliar sea incorporado en el currículum de la formación de personal de salud y particularmente de los psicólogos clínicos, pues a lo largo de mi carrera logre aprender muy poco sobre lo que realmente era y provocaba la violencia en las personas.

Finalmente considero de gran importancia aumentar la capacidad de seguimiento y acompañamiento para los casos de violencia intrafamiliar, ya que son personas vulnerables que necesitan redes de apoyo consistentes para poder

solicitar apoyo y ayuda en el momento de volver a experimentar una situación violenta en sus vidas.

BIBLIOGRAFÍA

Ley 103 registro oficial 839, Contra la violencia a la mujer y la familia aprobada como derecho en la constitución en 1998 y revisada por el congreso nacional en diciembre del 2005.

Informe Mundial sobre la violencia y la salud, Washington D.C. Organización Panamericana de la Salud, oficina regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2003

Ministerio de salud, caja costarricense de seguridad social, Normas de atención en salud a las personas afectadas por la violencia intrafamiliar, Costa Rica 2000

CEPAM, Programa de derechos sexuales reproductivos y salud Violencia intrafamiliar y de género: guía de prevención y atención para proveedores (as) de salud, Quito Ecuador, Julio del 2001

Universidad de Buenos Aires, "Curso de violencia intrafamiliar On - line, Modulo 5" Cuenca, 2006

IPPF/RHO, Estrategias para el tratamiento y la prevención de los efectos de la violencia doméstica en la salud mental, 1995

Cabildo por las mujeres Erradicación de la violencia contra la mujer, Cuenca, 25 de Noviembre del 2006

La violencia doméstica: definición, ciclos, tipología, mitos, del centro de apoyo Aquelarre. Republica Dominicana 1999, Pág. 7

Irigoyen, M.F. (1999) El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana. Buenos Aires, Ed. Paidós

Cabildo por las mujeres "Erradicación de la violencia contra la mujer" Cuenca Noviembre 25 del 2006 (información tomada de los documentos de la unidad de salud de la mujer de la OMS, junio 1998 del la CEPAL, junio 2002, del CONAMU, mujeres y hombres del Ecuador Cifras noviembre del 2005)

Acuiro, David, OPS, división de salud y desarrollo humano, "Para vivir sin violencia: dimensiones del problema, compromisos de solución" Programa mujer, salud y desarrollo, Washington, D.C., Noviembre 1999

Lori Haise con Jacqueline Pintaguay y Adrienne Germain, "Violencia contra las mujeres: carga de salud oculta" Honduras 1992

ISIS Internacional, para UNIFEM Latinoamérica, "informe sobre violencia contra las mujeres en Latino América y el Caribe" Balance de una década UNIFEM 1990 - 200

Ilustre Municipalidad de Cuenca, *Primer plan Cantonal para el fortalecimiento del derecho a una vida libre de violencia intrafamiliar*, 2004 - 2007.

CEPAR, ENDEMAIN 2004

OPS, Violencia contra las mujeres "ruta critica en el Ecuador" Quito - Ecuador 1999

Brenson G. "trauma Psico - social" Editorial Psicología Neohumanista, Colombia 1990

Cordero Cobos Lucía Cristina, Tesis previa a la obtención del título de magíster en intervención sistémica familiar "intervención en crisis a consultantes de la fundación" humanitaria Pablo Jaramillo Crespo" Universidad del Azuay, Cuenca Ecuador 2005

Slaikeu K. A. (1988) "Intervención en crisis" (Capitulo II pp.29). México, D.F.: Editorial El Manual Moderno

Grace J. Craig, y Baucum, Don "Desarrollo psicológico" octava edición Persons Educación, Mexico, 2001

Dra.Prof. EE.UU. Sylvia Roffo L." *Intervención en crisis*", apuntes para el uso de docentes Universidad de Clole, 2005

Castañeda/Brenes/Jensen/Lucke/ Rodríguez/Thomas, "seis enfoques terapéuticos" capitulo VI Carl Rogers, Editorial, Manual Moderno

Graciela B. Ferreira, "Hombres Violentos Mujeres Maltratadas, Aportes a la investigación y tratamiento de un problema social" Editorial Sudamericana, Buenos Aires 1992.

Programa Mujer, Salud, y Desarrollo, Organización panamericana de la Salud, *Serie Género y Desarrollo "modelo de atención integral de la violencia intrafamiliar"*. San José, Costa Rica, enero 2001

RED - VIF, Modelo de atención integral a la Violencia Intrafamiliar en la Ciudad de Cuenca "archivos casa de acogida María Amor" Cuenca 1993 -1999

Fadiman, James & Fragor, Robert "teorías de ka personalidad" Editorial Oxford University press, Cuarta edición, Mexico D.F. 2001

Balarezo Ch. Lucio. Seis enfoques psicoterapéuticos, Manual Moderno S.A. México D.F. - Santa fe de Bogotá 2000 - 1993

Susana Velázquez, curso de violencia intrafamiliar - on-line, Modulo 4 Agosto Octubre del 2006, Argentina.

Archivos de la Casa de Acogida "María Amor", Cuenca 2007

Rogers, Carl R. terapia, personalidad y relaciones interpersonales - 1ª ed 5ª reimp. - Buenos Aires: Nueva Visión, 2002

Rogers Carl R., El proceso de convertirse en persona: mi técnica terapéutica.- 2º ed, 1º reimp.- Buenos Aires: Paidós, 2005

Rogers Carl R., psicoterapia centrada en el cliente, Buenos Aires: Paidós, 1981

BIBLIOGRAFÍA INFORMAL

Albergue para Mujeres que sufren violencia - Mexico D.F.
Datos recolectados de la "Red Interinstitucional de atención y prevención de la violencia intrafamiliar".

Amnistía Internacional 8 de marzo del 2007 video promocional por el día internacional de las mujeres

Testimonio Mujeres acogidas en "Casa Maria Amor"

BIBLIOGRAFÍA VIA INTERNET

Dr. C. George Boeree, internet, Biblioteca virtual,
www.arrakis.es/~afr1992/horizonte2001/rogers.htm - 47k- acceso 28 de mayo del 2007

Bagladi, V. Enfoque humanista experimental "psicología humanista", Internet, biblioteca virtual,
http://es.wikipedia.org/wiki/Psicolog%C3%ADa_humanista, Acceso 14 de mayo 2007.

Tortosa Gil, F. "psicología humanista/ antecedentes", Internet, biblioteca virtual, http://es.wikipedia.org/wiki/Psicolog%C3%ADa_humanista Acceso 14 de mayo 2007.

www.ispm.org.ar/violencia/images/hechos/los-hechos.html: "VIOLENCIA DOMÉSTICA"

www.ispm.org.ar/violencia/images/hechos/los-hechos.html: "CASAS DE ACOGIDA"

Pagina Web de Isis Internacional, www.isis.cl/temas/vi/catalog/present.htm

www.google.com

www.altavista.com

BIBLIOGRAFÍA POETICA

Allende Isabel "Inés del Alma Mía", pp. 307 - Bogotá Agosto 2006.

Gabriela Mistral, "Atardecer"

Martin Luther king, EE.UU., 1969.

Víctor Frankl

Bruno Bettelheim, EE.UU., 1952

Eduardo Galeaño, Uruguay, 1989

Mario Benedetti "Ausencia de Dios"

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

ANEXO I

Formato de historias clínicas en blanco 234

ANEXO II

Formato en blanco de la encuesta realizada 237

Encuestas completas; procedentes de la muestra obtenida 238

ANEXO I

FICHA DE PRIMERA ACOGIDA

No _____

I. Datos Informativos:

Fecha: _____ Psicóloga(o): _____

Nombres y Apellidos: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Religión: _____ Escolaridad: _____

Estado Civil: _____

Profesión /ocupación: _____

Residencia _____ Domicilio: _____

Teléfono: _____ En caso de emergencia: _____

TIPO DE CONSULTA: Única

Consulta:

Evaluación:

Inicio de proceso Terapéutico:

REMISIÓN: _____

II. DEMANDA O MOTIVO DE CONSULTA

III. BREVE HISTORIA FAMILIAR

IV. GENOGRAMA (Opcional):



Detalles sobre la situación social:

V. FACTORES DESENCADENANTES

VI. HISTORIA DEL SÌNTOMA

VII. DESARROLLO DEL CUADRO ACTUAL

VIII. RESEÑA DE LA ENTREVISTA

IX. DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

X. CONCLUSIONES:

XI. RECOMENDACIONES

XII. ESTUDIO DE CASO (Si la mujer inicia un proceso más extenso)

8. ¿Cuáles son los factores que en la primera entrevista le disgustaron o hicieron sentir incómoda? ¿Por qué?
9. ¿Qué recomendación haría usted para mejorar la primera Acogida que se le ha brindado?

CUESTIONARIOS DE SATISFACCIÓN COMPLETOS

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

1.- ¿ En una escala del 1 al 10 como sintió que fue atendida? ¿Por qué?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Insatisfactorio Regular Bueno Muy Bueno Muy Satisfactorio

Porque me supo entender, apoyarme y hacerme sentir que no estaba sola , y que uno a veces necesita ayuda y ahay que saberla aceptar.

2.- Si la respuesta en la pregunta anterior es igual o menor a 6; ¿Cómo le habrìa gustado que la atiendan para darle una calificación de 10 ?

3.- ¿Considera que la atención que recibió le ayudó par a enfrentar su problema?

¿Cómo?

Si en gran parte. Me ayudó mucho con sus consejos sobre todo para estar mas tranquila y tomar con calma las cosas que me pasan ya que no soy ni la primera ni la última a la que le pasa algo así

4.-En la primera entrevista Usted sintió que fue obligada atomar algún tipo de decisión que no quería?

SI NO

5.- En el caso que su respuesta fue afirmativa que tipo de decisión se vió obligada a tomar a causa de la primera entrevista?

Seguir terapia divorciarse reconciliarse
Ser acogida separarse seguir un proceso legal
otros Especifique

6.- ¿Que reflexiones le hizo sentirse obligada a tomar una decisión en ese momento?

En ese momento no, sino después, dejar que las cosas pasen, tomarlas y aceptarlas con tranquilidad sin apresurarme ni molestarme.

7.- ¿Cuáles son los elementos que mejor le hicieron sentir en la primera entrevista psicológica?

Que pude decir todo lo que sentía, como si estuviera con una amiga e, en quien confiar y apoyarme, y que sobre todo me aconseja siendo imparcial, simplemente viendo lo mejor.

8.- ¿Cuáles son los factores que en la primera entrevista le disgustaron o hicieron sentir incómoda? ¿Por qué?

Por lo general me cuesta contar mis cosas, pero a pesar de eso no me sentí incomoda sino respaldada por alguien que me brindó su ayuda como especialista.

9.- ¿Qué recomendación haría usted para mejorar la primera acogida que se le ha brindado?

Ninguna, por que cuando salí de la cita me sentí mucho mejor y mas tranquila al contarle a alguien mis problemas. Todo estuvo muy bien.

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

1.- ¿ En una escala del 1 al 10 como sintió que fue atendida? ¿Por qué?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Insatisfactorio Regular Bueno Muy Bueno Muy Satisfactorio

2.- Si la respuesta en la pregunta anterior es igual o menor a 6; ¿Cómo le habría gustado que la atiendan para darle una calificación de 10 ?

3.- ¿Considera que la atención que recibió le ayudó par a enfrentar su problema?
¿Cómo?

Si, por que me sentía muy tranquila y pude pensar bien las cosas , y , ademas pude encontrar todas las respuestas que necesitaba

4.-¿En la primera entrevista Usted sintió que fue obligada atomar algún tipo de decisión que no quería?

SI NO

5.- En el caso que su respuesta fue afirmativa que tipo de decisión se vió obligada a tomar a causa de la primera entrevista?

Seguir terapia divorciarse reconciliarse
Ser acogida separarse seguir un proceso legal
otros Especifique

6.- ¿Qye reflexiones le hizo sentirse obligada a tomar una decisión en ese momento?

7.- ¿Cuàles son los elementos que mejor le hicieron sentir en la primera entrevista psicológica?

Lo que mas me gustò , es que me hicieron valorar y ademàs me subieron los ànimos para vivir y seguir luchando.

8.- ¿Cuáles son los factores que en la primera entrevista le disgustaron o hicieron sentir incòmoda? ¿Por qué?

Me hizo sentir incòmoda: hablar de lo malo que me ha pasado. Y que yo querìa dejar a mis hijos con mi esposo, pero despuès de conversar comprendì que debìan estar conmigo .

9.- ¿Qué recomendación haría usted para mejorar la primera acogida que se le ha brindado?

Me pareció muy bien todo, y no tengo nada que decir sobre eso ya que estuve muy satisfecha con la atención.

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

1.- ¿ En una escala del 1 al 10 como sintió que fue atendida? ¿Por qué?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Insatisfactorio Regular Bueno Muy Bueno Muy Satisfactorio

Me recibieron con mucho cariño, cuando mas necesitaba de su ayuda

2.- Si la respuesta en la pregunta anterior es igual o menor a 6; ¿Cómo le habría gustado que la atiendan para darle una calificación de 10 ?

3.- ¿Considera que la atención que recibió le ayudó par a enfrentar su problema?

¿Cómo?

Si me ayudo, de manera especial para olvidar todo lo que me pasò. vilma y valeria hemos hecho una promesa de comenzar una nueva vida juntas. Gracias Marià Amor.

4.-¿En la primera entrevista Usted sintió que fue obligada atomar algún tipo de decisión que no quería?

SI NO

5.- En el caso que su respuesta fue afirmativa que tipo de decisión se vió obligada a

tomar a causa de la primera entrevista?

Seguir terapia divorciarse reconciliarse
Ser acogida separarse seguir un proceso legal
otros Especifique

6.- ¿Que reflexiones le hizo sentirse obligada a tomar una decisión en ese momento?

Que extraño mi casa por que ahí era libre, en cambio aquí ya no por que tienen sus propias reglas.

7.- ¿Cuáles son los elementos que mejor le hicieron sentir en la primera entrevista psicológica?
Me hicieron sentir muy bien .

8.- ¿Cuáles son los factores que en la primera entrevista le disgustaron o hicieron sentir incómoda? ¿Por qué?

Ninguno.

9.- ¿Qué recomendación haría usted para mejorar la primera acogida que se le ha brindado?

Ninguna, por que todos me recibieron muy bien y me hicieron sentir feliz.

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

1.- ¿ En una escala del 1 al 10 como sintió que fue atendida? ¿Por qué?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Insatisfactorio Regular Bueno Muy Bueno Muy Satisfactorio

2.- Si la respuesta en la pregunta anterior es igual o menor a 6; ¿Cómo le habría gustado que la atiendan para darle una calificación de 10 ?

3.- ¿Considera que la atención que recibió le ayudó par a enfrentar su problema?

¿Cómo?

Me sirvió mucho para salir adelante

4.-¿En la primera entrevista Usted sintió que fue obligada atomar algún tipo de decisión que no quería?

SI NO

5.- En el caso que su respuesta fue afirmativa que tipo de decisión se vió obligada a tomar a causa de la primera entrevista?

Seguir terapia divorciarse reconciliarse
Ser acogida separarse seguir un proceso legal
otros Especifique No sabe

6.- ¿Qye reflexiones le hizo sentirse obligada a tomar una decisión en ese momento?

7.- ¿Cuàles son los elementos que mejor le hicieron sentir en la primera entrevista psicológica?

8.- ¿Cuáles son los factores que en la primera entrevista le disgustaron o hicieron sentir incòmoda? ¿Por qué?

Me hizo sentir incòmoda recordar el pasado

9.- ¿Qué recomendación hjaría usted para mejorar la primera acogida que se le ha brindado?

CUESTIONARIO DE SATISFACCCIÓN

1.- ¿ En una escala del 1 al 10 como sintió que fue atendida? ¿Por qué?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Insatisfactorio Regular Bueno Muy Bueno Muy Satisfactorio

Me sentí muy bien atendida, ya que al estar aquí se me presentaron nuevas oportunidades.

2.- Si la respuesta en la pregunta anterior es igual o menor a 6; ¿Cómo le habría gustado que la atiendan para darle una calificación de 10 ?

3.- ¿Considera que la atención que recibió le ayudó par a enfrentar su problema?
¿Cómo?

Si, como por ejemplo hacer valorar mis opinión, derechos y hacerme respetar.

4.-¿En la primera entrevista Usted sintió que fue obligada atomar algún tipo de decisión que no quería?

SI NO

5.- En el caso que su respuesta fue afirmativa que tipo de decisión se vió obligada a tomar a causa de la primera entrevista?

Seguir terapia divorciarse reconciliarse
Ser acogida separarse seguir un proceso legal
otros Especifique

6.- ¿Qye reflexiones le hizo sentirse obligada a tomar una decisión en ese momento?

7.- ¿Cuàles son los elementos que mejor le hicieron sentir en la primera entrevista psicológica?

El elemento que me hizo sentir en la primera entrevista fue que me trataron con amabilidad.

8.- ¿Cuáles son los factores que en la primera entrevista le disgustaron o hicieron sentir incómoda? ¿Por qué?

lo que me hizo sentir incomoda fue cuando me preguntaron como empezaron los maltratos.

No me gusta hablar o recordar cosas malas.

9.- ¿Qué recomendación haría usted para mejorar la primera acogida que se le ha brindado?

Todo esta muy bien.

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

1.- ¿ En una escala del 1 al 10 como sintió que fue atendida? ¿Por qué?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Insatisfactorio Regular Bueno Muy Bueno Muy Satisfactorio

2.- Si la respuesta en la pregunta anterior es igual o menor a 6; ¿Cómo le habría gustado que la atiendan para darle una calificación de 10 ?

3.- ¿Considera que la atención que recibió le ayudó par a enfrentar su problema?

¿Cómo?

Si. Sentí que podía contar con alguien, y que no estaba sola como creía. Me ayudò a darme cuenta que no debía callar lo que me estaba pasando, y que hay otras personas como yo

que han sufrido y han salido adelante, pero para eso habían necesitado ayuda profesional.

4.-¿En la primera entrevista Usted sintió que fue obligada atomar algún tipo de decisión que no quería?

SI NO

5.- En el caso que su respuesta fue afirmativa que tipo de decisión se vió obligada a tomar a causa de la primera entrevista?

Seguir terapia divorciarse reconciliarse
Ser acogida separarse seguir un proceso legal
otros Especifique

6.- ¿Que reflexiones le hizo sentirse obligada a tomar una decisión en ese momento?

7.- ¿Cuáles son los elementos que mejor le hicieron sentir en la primera entrevista

psicológica?

En la primer entrevista, sentì que hay alguien que me escucha con atención y que no me

juzga por mis actos.

Sentì, que podìa confiar a alguien lo que tanto tiempo había callado

Sentì que no estuve presionada por el tiempo en la entrevista y que podìa expresarme.

8.- ¿Cuáles son los factores que en la primera entrevista le disgustaron o hicieron sentir

incómoda? ¿Por qué?

Talvez la incomodidad fue provocada por mi, ya que acudì con cierta reserva, pero

después sentí mucha comodidad y por eso he seguido asistiendo.

9.- ¿Qué recomendación hjaría usted para mejorar la primera acogida que se le ha

brindado?

Me parece bien el proceso que ahí se sigue, en especial el hecho de que en la primera

entrevista sea la persona la que tiene que exponer sus caso, ya que en ese momento

se necesita ser escuchada y comprendida.

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

1.- ¿ En una escala del 1 al 10 como sintió que fue atendida? ¿Por qué?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Insatisfactorio Regular Bueno Muy Bueno Muy Satisfactorio

Porque describi lo que sentìa y cuando regresè a casa estuve mas tranquila

2.- Si la respuesta en la pregunta anterior es igual o menor a 6; ¿Cómo le habría gustado que la atiendan para darle una calificación de 10 ?

3.- ¿Considera que la atención que recibió le ayudó par a enfrentar su problema?
¿Cómo?

si. Talvez tengo como decir lo que siento sin que se burlen o me discriminen.

4.-¿En la primera entrevista Usted sintió que fue obligada atomar algún tipo de decisión que no quería?

SI NO

5.- En el caso que su respuesta fue afirmativa que tipo de decisión se vió obligada a tomar a causa de la primera entrevista?

Seguir terapia divorciarse reconciliarse
Ser acogida separarse seguir un proceso legal
otros Especifique

6.- ¿Qye reflexiones le hizo sentirse obligada a tomar una decisión en ese momento?

A estar un tiempo sola y pensar en lo que me pasa.

7.- ¿Cuàles son los elementos que mejor le hicieron sentir en la primera entrevista psicológica?

el contar lo que sentía, y poder llorar.

8.- ¿Cuáles son los factores que en la primera entrevista le disgustaron o hicieron sentir incómoda? ¿Por qué?

no hubieron.

9.- ¿Qué recomendación hjaría usted para mejorar la primera acogida que se le ha brindado?

ninguna. Todo me pareció bien.

8.- ¿Cuáles son los factores que en la primera entrevista le disgustaron o hicieron sentir incómoda? ¿Por qué?

Que no conocía a nadie.

9.- ¿Qué recomendación haría usted para mejorar la primera acogida que se le ha brindado?

Que sean fuertes.

Hacer ver que se puede salir adelante.

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

1.- ¿En una escala del 1 al 10 como sintió que fue atendida? ¿Por qué?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Insatisfactorio Regular Bueno Muy Bueno Muy Satisfactorio

Porque me recibieron y atendieron bien, además fueron comprensibles

2.- Si la respuesta en la pregunta anterior es igual o menor a 6; ¿Cómo le habría gustado que la atiendan para darle una calificación de 10 ?

3.- ¿Considera que la atención que recibió le ayudó par a enfrentar su problema?

¿Cómo?

Si, on consejos y con apoyo psicològico.

4.-¿En la primera entrevista Usted sintió que fue obligada atomar algún tipo de decisión que no quería?

SI

NO

5.- En el caso que su respuesta fue afirmativa que tipo de decisión se vió obligada a tomar a causa de la primera entrevista?

Seguir terapia

divorciarse

reconciliarse

Ser acogida separarse seguir un proceso legal
otros Especifique

6.- ¿Que reflexiones le hizo sentirse obligada a tomar una decisión en ese momento?

que los golpes, maltratos e insultos no los merecía.

7.- ¿Cuáles son los elementos que mejor le hicieron sentir en la primera entrevista

psicológica?

Apoyo, consejo, y que todos me recibieron bien.

8.- ¿Cuáles son los factores que en la primera entrevista le disgustaron o hicieron sentir

incómoda? ¿Por qué?

ninguna

9.- ¿Qué recomendación haría usted para mejorar la primera acogida que se le ha

brindado?

Que sigan adelante luchando por las mujeres que sufrimos maltratos.

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

1.- ¿ En una escala del 1 al 10 como sintió que fue atendida? ¿Por qué?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Insatisfactorio Regular Bueno Muy Bueno Muy Satisfactorio

por que no conocía a nadie, y estaba desesperada pero de pronto aquí encontré esa ayuda y apoyo.

2.- Si la respuesta en la pregunta anterior es igual o menor a 6; ¿Cómo le habría

gustado que la atiendan para darle una calificación de 10 ?

unirme con mis hijos

3.- ¿Considera que la atención que recibió le ayudó par a enfrentar su problema?

¿Cómo?

Si, me ayudò bastante , en mi divorcio, los tràmites, y al ponerme en los talleres.

4.-¿En la primera entrevista Usted sintió que fue obligada atomar algún tipo de decisión que no quería?

SI NO

5.- En el caso que su respuesta fue afirmativa que tipo de decisión se vió obligada a tomar a causa de la primera entrevista?

| | | |
|----------------|-------------|-------------------------|
| Seguir terapia | divorciarse | reconciliarse |
| Ser acogida | separarse | seguir un proceso legal |
| otros | Especifique | |

6.- ¿Qye reflexiones le hizo sentirse obligada a tomar una decisión en ese momento?

7.- ¿Cuàles son los elementos que mejor le hicieron sentir en la primera entrevista psicológica?

Tener un lugar donde estar tranuila y contar mis penas.

confiar en alguien, que supo comprenderme.

8.- ¿Cuáles son los factores que en la primera entrevista le disgustaron o hicieron sentir incómoda? ¿Por qué?

El no poder estar con todos mis hijos, pero despues comprendì como son las reglas.

9.- ¿Qué recomendación hjaría usted para mejorar la primera acogida que se le ha brindado?

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

1.- ¿ En una escala del 1 al 10 como sintió que fue atendida? ¿Por qué?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Insatisfactorio Regular Bueno Muy Bueno Muy Satisfactorio

2.- Si la respuesta en la pregunta anterior es igual o menor a 6; ¿Cómo le habría gustado que la atiendan para darle una calificación de 10 ?

3.- ¿Considera que la atención que recibió le ayudó par a enfrentar su problema?

¿Cómo?

Si, porque me ayudaron a conseguir colegio y escuela para mis hijos y tambien la lista de útiles, y la psicòloga nos brindò protecciòn, comprensiòn y afecto.

4.-¿En la primera entrevista Usted sintió que fue obligada atomar algún tipo de decisión que no quería?

SI NO

5.- En el caso que su respuesta fue afirmativa que tipo de decisión se vió obligada a tomar a causa de la primera entrevista?

divorciarse reconciliarse
Seguir terapia separarse seguir un proceso legal
Ser acogida
otros Especifique

6.- ¿Qye reflexiones le hizo sentirse obligada a tomar una decisión en ese momento?

7.- ¿Cuàles son los elementos que mejor le hicieron sentir en la primera entrevista

psicológica?

el escuchar sin reproches.

el no hacerme sentir culpable, sino al contrario.

8.- ¿Cuáles son los factores que en la primera entrevista le disgustaron o hicieron sentir incómoda? ¿Por qué?

ninguna. Nos sentimos muy cómodos y seguros.

9.- ¿Qué recomendación haría usted para mejorar la primera acogida que se le ha brindado?

Que se portes siempre como la primera vez, dulces, comprensivos y cariñosos sobre todo.

con nuestros hijos.

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

1.- ¿ En una escala del 1 al 10 como sintió que fue atendida? ¿Por qué?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Insatisfactorio Regular Bueno Muy Bueno Muy Satisfactorio

Porque las terapias me han ayudado a tomar decisiones, y a mantenerme firme y

segura de mi

2.- Si la respuesta en la pregunta anterior es igual o menor a 6; ¿Cómo le habría

gustado que la atiendan para darle una calificación de 10 ?

3.- ¿Considera que la atención que recibió le ayudó par a enfrentar su problema?

¿Cómo?

Si, porque me siento segura de cada paso que doy, y así tambien le doy mas seguridad

a mi hija.

4.-¿En la primera entrevista Usted sintió que fue obligada a tomar algún tipo de decisión

que no quería?

SI

NO

5.- En el caso que su respuesta fue afirmativa que tipo de decisión se vio obligada a tomar a causa de la primera entrevista?

Seguir terapia divorciarse reconciliarse
Ser acogida separarse seguir un proceso legal
otros Especifique

6.- ¿Que reflexiones le hizo sentirse obligada a tomar una decisión en ese momento?

Que lo que yo estaba soportando era algo muy duro y feo, que ninguna mujer lo debe soportar y gracias a eso me di cuenta que mi conyugue no me quiere y que mi hija y ya no nos merecemos ese trato por eso me quiero divorciar.

7.- ¿Cuáles son los elementos que mejor le hicieron sentir en la primera entrevista psicológica?

Que valgo mucho

Que tengo que seguir mis principios

Que no quiero nunca mas esta vida.

Que puedo valerme por mi misma en la vida

8.- ¿Cuáles son los factores que en la primera entrevista le disgustaron o hicieron sentir incómoda? ¿Por qué?

Ninguna, estoy muy contenta con mi Doctora

9.- ¿Qué recomendación haría usted para mejorar la primera acogida que se le ha brindado?

Que sigan con las campañas para ayudar a las mujeres maltratadas , y que quisiera ayudar

en lo que pueda para darle fuerza a todas las mujeres , ya que sin los hombre podemos salir adelante.

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

1.- ¿ En una escala del 1 al 10 como sintió que fue atendida? ¿Por qué?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Insatisfactorio Regular Bueno Muy Bueno Muy Satisfactorio

Porque fui atendida cuando estaba triste.

2.- Si la respuesta en la pregunta anterior es igual o menor a 6; ¿Cómo le habría gustado que la atiendan para darle una calificación de 10 ?

3.- ¿Considera que la atención que recibió le ayudó par a enfrentar su problema?

¿Cómo?

sí, por que gracias a todas tuve valor para reclamar todo lo que me hicieron y

decirles lo que yo valia.

4.-¿En la primera entrevista Usted sintió que fue obligada atomar algún tipo de decisión que no quería?

SI

NO

5.- En el caso que su respuesta fue afirmativa que tipo de decisión se vió obligada a tomar a causa de la primera entrevista?

Seguir terapia

divorciarse

reconciliarse

Ser acogida

separarse

seguir un proceso legal

otros Especifique

6.- ¿Qye reflexiones le hizo sentirse obligada a tomar una decisión en ese momento?

que la vida puede ser diferente.

7.- ¿Cuàles son los elementos que mejor le hicieron sentir en la primera entrevista psicológica?

Me sentì segura, que nada malo me va a pasary que la vida es linda. Gracias.

8.- ¿Cuáles son los factores que en la primera entrevista le disgustaron o hicieron sentir incómoda? ¿Por qué?

9.- ¿Qué recomendación haría usted para mejorar la primera acogida que se le ha brindado?

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

1.- ¿ En una escala del 1 al 10 como sintió que fue atendida? ¿Por qué?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Insatisfactorio Regular Bueno Muy Bueno Muy Satisfactorio

Porque en ese momento lo que mas necesitaba era apoyo y ayuda psicològica, y ahì me la dieron.

2.- Si la respuesta en la pregunta anterior es igual o menor a 6; ¿Cómo le habría gustado que la atiendan para darle una calificación de 10 ?

3.- ¿Considera que la atención que recibió le ayudó par a enfrentar su problema?

¿Cómo?

Si, superando mis miedos y haciendome ver la realidad de las cosas para enfrenrtarme a los problemas y no huir de ellos.

4.-¿En la primera entrevista Usted sintió que fue obligada atomar algún tipo de decisión que no quería?

SI NO

5.- En el caso que su respuesta fue afirmativa que tipo de decisión se vió obligada a tomar a causa de la primera entrevista?

Seguir terapia divorciarse reconciliarse
Ser acogida separarse seguir un proceso legal
otros Especifique

6.- ¿Que reflexiones le hizo sentirse obligada a tomar una decisión en ese momento?

Que todo ser humano tiene sus virtudes y defectos y que no debemos dejar que nos humillen ni menosprecien, ya que todos valemos y tenemos derechos.

7.- ¿Cuàles son los elementos que mejor le hicieron sentir en la primera entrevista psicológica?

La amabilidad, el apoyo, y los consejos de todos los chicos de Maria Amor.

8.- ¿Cuáles son los factores que en la primera entrevista le disgustaron o hicieron sentir incómoda? ¿Por qué?
Nada.

9.- ¿Qué recomendación hjaría usted para mejorar la primera acogida que se le ha brindado?
Que sigan adelante con sus proyectos. Felicitaciones.

CUESTIONARIO DE SATISFACCCIÓN

1.- ¿ En una escala del 1 al 10 como sintió que fue atendida? ¿Por qué?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Insatisfactorio Regular Bueno Muy Bueno Muy Satisfactorio

Por que me recibieron con los brazos abiertos y tuvieron paciencia conmigo y con mis hijos.

Muchas Gracias

2.- Si la respuesta en la pregunta anterior es igual o menor a 6; ¿Cómo le habría gustado que la atiendan para darle una calificación de 10 ?

3.- ¿Considera que la atención que recibió le ayudó par a enfrentar su problema?

¿Cómo?

Si, por que hicieron quererme a mi mismo, a tener paciencia con mis hijos, y he cambiado mi forma de ser.

4.-¿En la primera entrevista Usted sintió que fue obligada atomar algún tipo de decisión que no quería?

SI

NO

5.- En el caso que su respuesta fue afirmativa que tipo de decisión se vió obligada a tomar a causa de la primera entrevista?

Seguir terapia

divorciarse

reconciliarse

Ser acogida

separarse

seguir un proceso legal

otros Especifique

6.- ¿Qye reflexiones le hizo sentirse obligada a tomar una decisión en ese momento?

Nunca me sentì obligada a nada.

7.- ¿Cuàles son los elementos que mejor le hicieron sentir en la primera entrevista psicológica?

Alividad y protegida.

8.- ¿Cuáles son los factores que en la primera entrevista le disgustaron o hicieron sentir incómoda? ¿Por qué?

Lo que no me gustò es que le encerraron un el cuarto a mi hija, pero ahora comprendo que era por el bien de ella, por que ahora es un poco mas tranquila.

9.- ¿Qué recomendación hjaría usted para mejorar la primera acogida que se le ha brindado?

Que tengan mucho mas paciencia con los niños .

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

1.- ¿ En una escala del 1 al 10 como sintió que fue atendida? ¿Por qué?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Insatisfactorio Regular Bueno Muy Bueno Muy Satisfactorio

Por la forma de ayudarnos a comprender la la situación en la que nos encontramos.

2.- Si la respuesta en la pregunta anterior es igual o menor a 6; ¿Cómo le habría gustado que la atiendan para darle una calificación de 10 ?

3.- ¿Considera que la atención que recibió le ayudó par a enfrentar su problema?

¿Cómo?

Si,haciendo que no tome decisiones apresurados , que vea la realidad de la vida,

a valorarme como mujer , a no permitir que me humillen, y a aprender a

decir basta.

4.-¿En la primera entrevista Usted sintió que fue obligada atomar algún tipo de decisión que no quería?

SI NO

5.- En el caso que su respuesta fue afirmativa que tipo de decisión se vió obligada a tomar a causa de la primera entrevista?

Seguir terapia divorciarse reconciliarse
Ser acogida separarse seguir un proceso legal
otros Especifique

6.- ¿Qye reflexiones le hizo sentirse obligada a tomar una decisión en ese momento?

7.- ¿Cuàles son los elementos que mejor le hicieron sentir en la primera entrevista

psicológica?

Me permitieron desahogar mi rabia y coraje.

Sentirme aliviada de todos los problemas de los cuales no quería hablar.

8.- ¿Cuáles son los factores que en la primera entrevista le disgustaron o hicieron sentir incómoda? ¿Por qué?

En ningún momento me sentí incomoda.

9.- ¿Qué recomendación haría usted para mejorar la primera acogida que se le ha brindado?

Ninguna. Porque me sentí muy bien con todos.

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

1.- ¿ En una escala del 1 al 10 como sintió que fue atendida? ¿Por qué?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Insatisfactorio Regular Bueno Muy Bueno Muy Satisfactorio

porque fui escuchada y me ayudaron a liberar mi culpabilidad.

2.- Si la respuesta en la pregunta anterior es igual o menor a 6; ¿Cómo le habría gustado que la atiendan para darle una calificación de 10 ?

3.- ¿Considera que la atención que recibió le ayudó a enfrentar su problema?

¿Cómo?

Si, porque me dió fortaleza o, es decir, me ayudaron a potenciar mi fuerza. Y a sentir que no importan las agresiones de las que fui víctima

4.-¿En la primera entrevista Usted sintió que fue obligada a tomar algún tipo de decisión que no quería?

SI NO

5.- En el caso que su respuesta fue afirmativa que tipo de decisión se vió obligada a tomar a causa de la primera entrevista?

Seguir terapia divorciarse reconciliarse
Ser acogida separarse seguir un proceso legal
otros Especifique

6.- ¿Que reflexiones le hizo sentirse obligada a tomar una decisión en ese momento?

7.- ¿Cuàles son los elementos que mejor le hicieron sentir en la primera entrevista

psicológica?

Que soy una persona inteligente y que valgo mucho.

8.- ¿Cuàles son los factores que en la primera entrevista le disgustaron o hicieron sentir incómoda? ¿Por qué?

9.- ¿Qué recomendación hjaría usted para mejorar la primera acogida que se le ha brindado?
Que no se pida volver otro día.

CUESTIONARIO DE SATISFACCCIÓN

1.- ¿ En una escala del 1 al 10 como sintió que fue atendida? ¿Por qué?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Insatisfactorio Regular Bueno Muy Bueno Muy Satisfactorio

porque me dieron esperanza, al darme toda la ayuda.

2.- Si la respuesta en la pregunta anterior es igual o menor a 6; ¿Cómo le habrìa

gustado que la atiendan para darle una calificación de 10 ?

3.- ¿Considera que la atención que recibió le ayudó par a enfrentar su problema?

¿Cómo?

Si. El solo hecho de informarme los derechos de mis hijos y mios me hizo tener el valor para hacerle saber a mi conyugue que sè como defenderme.

4.-¿En la primera entrevista Usted sintió que fue obligada atomar algún tipo de decisión que no quería?

SI NO

5.- En el caso que su respuesta fue afirmativa que tipo de decisión se vió obligada a tomar a causa de la primera entrevista?

Seguir terapia divorciarse reconciliarse
Ser acogida separarse seguir un proceso legal
otros Especifique

6.- ¿Qye reflexiones le hizo sentirse obligada a tomar una decisión en ese momento?

7.- ¿Cuàles son los elementos que mejor le hicieron sentir en la primera entrevista psicológica?

Fueron muy amables y me levantaron mucho el ànimo.

8.- ¿Cuáles son los factores que en la primera entrevista le disgustaron o hicieron sentir incómoda? ¿Por qué?

9.- ¿Qué recomendación hjaría usted para mejorar la primera acogida que se le ha brindado?

Que nos den un poco de informaci+on sobre los buses ya que mi Hija es un poco tímida

.

CUESTIONARIO DE SATISFACCCIÓN

1.- ¿ En una escala del 1 al 10 como sintió que fue atendida? ¿Por qué?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Insatisfactorio Regular Bueno Muy Bueno Muy Satisfactorio

Porque me recibieron con un abrazo en una madrugada cuando mi vida parecía quebrarse.

Aquí tuve todo.

2.- Si la respuesta en la pregunta anterior es igual o menor a 6; ¿Cómo le habría gustado que la atiendan para darle una calificación de 10 ?

3.- ¿Considera que la atención que recibió le ayudó par a enfrentar su problema?

¿Cómo?

Si, teniendo un techo y alimentación para mis hijos y para mí.

Ayudándome y orientándome par poder defender nuestros derechos .

4.-¿En la primera entrevista Usted sintió que fue obligada a tomar algún tipo de decisión que no quería?

SI NO

5.- En el caso que su respuesta fue afirmativa que tipo de decisión se vió obligada a tomar a causa de la primera entrevista?

Seguir terapia divorciarse reconciliarse
Ser acogida separarse seguir un proceso legal
otros Especifique

6.- ¿Que reflexiones le hizo sentirse obligada a tomar una decisión en ese momento?

7.- ¿Cuáles son los elementos que mejor le hicieron sentir en la primera entrevista psicológica?

El que alguien me escuche y se interese por mis problemas par buscar una salida para mis conflictos.

8.- ¿Cuáles son los factores que en la primera entrevista le disgustaron o hicieron sentir

incómoda? ¿Por qué?

Talvèz la interrupciòn de personas cuando era la entrevista.

9.- ¿Qué recomendación hjaría usted para mejorar la primera acogida que se le ha

brindado?

Las instalaciones son muy hermosas, pero talvèz la recomendaciòn sea disponer de un

sitio mas tranquilo donde no nos interrullan.

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

1.- ¿ En una escala del 1 al 10 como sintió que fue atendida? ¿Por qué?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Insatisfactorio

Regular

Bueno

Muy Bueno

Muy Satisfactorio

Porque me atendieron con mucho afecto y me tranquilizaron.

2.- Si la respuesta en la pregunta anterior es igual o menor a 6; ¿Cómo le habrìa

gustado que la atiendan para darle una calificación de 10 ?

3.- ¿Considera que la atención que recibió le ayudó par a enfrentar su problema?

¿Cómo?

Si. Me ayudaron en todo sentido.

4.-¿En la primera entrevista Usted sintió que fue obligada atomar algún tipo de decisión

que no quería?

SI

NO

5.- En el caso que su respuesta fue afirmativa que tipo de decisión se vio obligada a tomar a causa de la primera entrevista?

Seguir terapia divorciarse reconciliarse
Ser acogida separarse seguir un proceso legal
otros Especifique

6.- ¿Que reflexiones le hizo sentirse obligada a tomar una decisión en ese momento?

7.- ¿Cuáles son los elementos que mejor le hicieron sentir en la primera entrevista

psicológica?

El apoyo moral que nos brindan, y el hacernos sentir que valemos.

8.- ¿Cuáles son los factores que en la primera entrevista le disgustaron o hicieron sentir

incómoda? ¿Por qué?

Ninguna

9.- ¿Qué recomendación haría usted para mejorar la primera acogida que se le ha

brindado?

Ninguna, todo está bien.

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

1.- ¿ En una escala del 1 al 10 como sintió que fue atendida? ¿Por qué?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Insatisfactorio Regular Bueno Muy Bueno Muy Satisfactorio

Por encontrè amor, tranaulidad, ganas de vivir y me sentì en familia.

2.- Si la respuesta en la pregunta anterior es igual o menor a 6; ¿Cómo le habría

gustado que la atiendan para darle una calificación de 10 ?

3.- ¿Considera que la atención que recibió le ayudó par a enfrentar su problema?

¿Cómo?

Si, hablando, contando los problemas ya que es muy compñicado para mi hacerlo.

4.-¿En la primera entrevista Usted sintió que fue obligada atomar algún tipo de decisión que no quería?

SI

NO

5.- En el caso que su respuesta fue afirmativa que tipo de decisiòn se vió obligada a tomar a causa de la primera entrevista?

Seguir terapia

divorciarse

reconciliarse

Ser acogida

separarse

seguir un proceso legal

otros Especifique

6.- ¿Qye reflexiones le hizo sentirse obligada a tomar una decisión en ese momento?

7.- ¿Cuàles son los elementos que mejor le hicieron sentir en la primera entrevista psicológica?

El querer mejorar mi vida , y cambiar mi carácter que es muy fuerte.

8.- ¿Cuáles son los factores que en la primera entrevista le disgustaron o hicieron sentir incómoda? ¿Por qué?

El hablar de mi familia y de mi vida por que es muy sufrida.

9.- ¿Qué recomendación hjaría usted para mejorar la primera acogida que se le ha brindado?

CUESTIONARIO DE SATISFACCCIÓN

1.- ¿ En una escala del 1 al 10 como sintió que fue atendida? ¿Por qué?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Insatisfactorio Regular Bueno Muy Bueno Muy Satisfactorio

Por que necesitaba que me escuchen y lo hicieron.

2.- Si la respuesta en la pregunta anterior es igual o menor a 6; ¿Cómo le habría gustado que la atiendan para darle una calificación de 10 ?

3.- ¿Considera que la atención que recibió le ayudó par a enfrentar su problema?

¿Cómo?

Si, porque me ayudaron a recuperar a mi hijo , a divorciarme del padre de el y me

brindaron terapias que las necesitaba mucho

4.-¿En la primera entrevista Usted sintió que fue obligada atomar algún tipo de decisión que no quería?

SI NO

5.- En el caso que su respuesta fue afirmativa que tipo de decisión se vió obligada a tomar a causa de la primera entrevista?

Seguir terapia divorciarse reconciliarse
Ser acogida separarse seguir un proceso legal
otros Especifique

6.- ¿Qye reflexiones le hizo sentirse obligada a tomar una decisión en ese momento?

7.- ¿Cuàles son los elementos que mejor le hicieron sentir en la primera entrevista psicológica?

Que me trataron con cariño, me abrazaron, nos trataron con mucha suabidad y nos decian cosas positivas.

8.- ¿Cuáles son los factores que en la primera entrevista le disgustaron o hicieron sentir

incómoda? ¿Por qué?

No sabía como contarles mis problemas y quería estar sola para llorar.

9.- ¿Qué recomendación haría usted para mejorar la primera acogida que se le ha

brindado?

Que todas demuestren su lado verdadero y no aparenten en ese momento, que si

son cariñosas, lo hagan sin importar el momento y la persona.

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

1.- ¿ En una escala del 1 al 10 como sintió que fue atendida? ¿Por qué?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Insatisfactorio Regular Bueno Muy Bueno Muy Satisfactorio

Por que me sentì feliz y encuentre apoyo de todos.

2.- Si la respuesta en la pregunta anterior es igual o menor a 6; ¿Cómo le habría gustado que la atiendan para darle una calificación de 10 ?

3.- ¿Considera que la atención que recibió le ayudó par a enfrentar su problema?

¿Cómo?

Si, aunque quisiera estar mas tranquila para poder escuchartodo lo que me dicen.

4.-¿En la primera entrevista Usted sintió que fue obligada atomar algún tipo de decisión que no quería?

SI NO

5.- En el caso que su respuesta fue afirmativa que tipo de decisión se vió obligada a tomar a causa de la primera entrevista?

Seguir terapia divorciarse reconciliarse
Ser acogida separarse seguir un proceso legal
otros Especifique

6.- ¿Que reflexiones le hizo sentirse obligada a tomar una decisión en ese momento?

7.- ¿Cuáles son los elementos que mejor le hicieron sentir en la primera entrevista psicológica?
El abrazo, la confianza y la alegría que me dieron.

8.- ¿Cuáles son los factores que en la primera entrevista le disgustaron o hicieron sentir incómoda? ¿Por qué?

Me sentí incomod por que no quería hablar ya que pensaba que talvez no me creerían.

9.- ¿Qué recomendación hjaría usted para mejorar la primera acogida que se le ha brindado?
Que siempre sea como el primer día, comprensibles amables y cariñosas.

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

1.- ¿ En una escala del 1 al 10 como sintió que fue atendida? ¿Por qué?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Insatisfactorio Regular Bueno Muy Bueno Muy Satisfactorio

por que pude estar mas tranquila y recibí muchas sonrisas.

2.- Si la respuesta en la pregunta anterior es igual o menor a 6; ¿Cómo le habría gustado que la atiendan para darle una calificación de 10 ?

3.- ¿Considera que la atención que recibió le ayudó par a enfrentar su problema?

¿Cómo?

No mucho, porque a veces me siento sin ánimo , sola sin gana de vivir y pienso que la vida

me ha golpeado tan duro que ya no puedo tener lo que quiero.

4.-¿En la primera entrevista Usted sintió que fue obligada atomar algún tipo de decisión que no quería?

SI

NO

5.- En el caso que su respuesta fue afirmativa que tipo de decisión se vió obligada a tomar a causa de la primera entrevista?

Seguir terapia

divorciarse

reconciliarse

Ser acogida

separarse

seguir un proceso legal

otros Especifique

6.- ¿Qye reflexiones le hizo sentirse obligada a tomar una decisión en ese momento?

7.- ¿Cuáles son los elementos que mejor le hicieron sentir en la primera entrevista psicológica?

La amistad , la seguridad, el cariño y el techo que me brindaron.

8.- ¿Cuáles son los factores que en la primera entrevista le disgustaron o hicieron sentir incómoda? ¿Por qué?

9.- ¿Qué recomendación hjaría usted para mejorar la primera acogida que se le ha brindado?

Dar el mismo cariño, paciencia y apoyo que en el principio.

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

1.- ¿ En una escala del 1 al 10 como sintió que fue atendida? ¿Por qué?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Insatisfactorio Regular Bueno Muy Bueno Muy Satisfactorio

por que me recibieron y me hicieron sentir bien.

2.- Si la respuesta en la pregunta anterior es igual o menor a 6; ¿Cómo le habría gustado que la atiendan para darle una calificación de 10 ?

3.- ¿Considera que la atención que recibió le ayudó par a enfrentar su problema?

¿Cómo?

Si porque todos me ayudaron.

4.-¿En la primera entrevista Usted sintió que fue obligada atomar algún tipo de decisión que no quería?

SI NO

5.- En el caso que su respuesta fue afirmativa que tipo de decisión se vió obligada a tomar a causa de la primera entrevista?

Seguir terapia divorciarse reconciliarse
Ser acogida separarse seguir un proceso legal
otros Especifique

6.- ¿Que reflexiones le hizo sentirse obligada a tomar una decisión en ese momento?

7.- ¿Cuàles son los elementos que mejor le hicieron sentir en la primera entrevista psicológica?

Pude contar todo lo que pensaba.
Todos me apoyaron.

8.- ¿Cuáles son los factores que en la primera entrevista le disgustaron o hicieron sentir incómoda? ¿Por qué?

9.- ¿Qué recomendación haría usted para mejorar la primera acogida que se le ha brindado?
Todo lo que hicieron me parece muy bien.

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

1.- ¿ En una escala del 1 al 10 como sintió que fue atendida? ¿Por qué?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Insatisfactorio Regular Bueno Muy Bueno Muy Satisfactorio

Porque fui atendida y encontré todo y hasta lo que nunca pude imaginar.

2.- Si la respuesta en la pregunta anterior es igual o menor a 6; ¿Cómo le habría gustado que la atiendan para darle una calificación de 10 ?

3.- ¿Considera que la atención que recibió le ayudó par a enfrentar su problema?

¿Cómo?

Si, porque de la impresión de lo que me sucedió hizo olvidarme de quien soy, y ellos me ayudaron.

4.-¿En la primera entrevista Usted sintió que fue obligada a tomar algún tipo de decisión que no quería?

SI NO

5.- En el caso que su respuesta fue afirmativa que tipo de decisión se vio obligada a tomar a causa de la primera entrevista?

Seguir terapia divorciarse reconciliarse

Ser acogida separarse seguir un proceso legal
otros Especifique

6.- ¿Que reflexiones le hizo sentirse obligada a tomar una decisión en ese momento?

7.- ¿Cuáles son los elementos que mejor le hicieron sentir en la primera entrevista psicológica?
Generosidad y cariño.

8.- ¿Cuáles son los factores que en la primera entrevista le disgustaron o hicieron sentir incómoda? ¿Por qué?

lo que me hizo incomoda fue que yo estaba muchos días in cambiarme ni bañarme.

9.- ¿Qué recomendación haría usted para mejorar la primera acogida que se le ha brindado?
No cambiaría nada, solo les agradecería.

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

1.- ¿ En una escala del 1 al 10 como sintió que fue atendida? ¿Por qué?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Insatisfactorio Regular Bueno Muy Bueno Muy Satisfactorio

Por que me dieron un abrazo, que nunca lo recibí, y me hicieron sentir como se llegara a mi hogar.

2.- Si la respuesta en la pregunta anterior es igual o menor a 6; ¿Cómo le habría gustado que la atiendan para darle una calificación de 10 ?

3.- ¿Considera que la atención que recibió le ayudó par a enfrentar su problema?

Claro, por que me ayudaron a salir del problema.

4.-¿En la primera entrevista Usted sintió que fue obligada atomar algún tipo de decisión que no quería?

SI NO

5.- En el caso que su respuesta fue afirmativa que tipo de decisiòn se vió obligada a tomar a causa de la primera entrevista?

Seguir terapia divorciarse reconciliarse
Ser acogida separarse seguir un proceso legal
otros Especifique

6.- ¿Qye reflexiones le hizo sentirse obligada a tomar una decisión en ese momento?

7.- ¿Cuàles son los elementos que mejor le hicieron sentir en la primera entrevista psicológica?

El cariño, carisma y la atención que me dieron cuando tuve el problema.

8.- ¿Cuáles son los factores que en la primera entrevista le disgustaron o hicieron sentir incómoda? ¿Por qué?

9.- ¿Qué recomendación hjaría usted para mejorar la primera acogida que se le ha brindado?

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

1.- ¿ En una escala del 1 al 10 como sintió que fue atendida? ¿Por qué?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Insatisfactorio Regular Bueno Muy Bueno Muy Satisfactorio

Por que no me sentì ni segura, ni insegura.

2.- Si la respuesta en la pregunta anterior es igual o menor a 6; ¿Cómo le habría gustado que la atiendan para darle una calificación de 10 ?

Darnos mas confianza, preguntar y ayudarnos en los tràmites

3.- ¿Considera que la atención que recibió le ayudó par a enfrentar su problema?

¿Cómo?

Si, me senti luego mas segura ,protegida y dejè a un lado el miedo.

4.-¿En la primera entrevista Usted sintió que fue obligada atomar algún tipo de decisión que no quería?

SI NO

5.- En el caso que su respuesta fue afirmativa que tipo de decisión se vió obligada a tomar a causa de la primera entrevista?

divorciarse reconciliarse
Seguir terapia separarse seguir un proceso legal
Ser acogida
otros Especifique

6.- ¿Qye reflexiones le hizo sentirse obligada a tomar una decisión en ese momento?

7.- ¿Cuàles son los elementos que mejor le hicieron sentir en la primera entrevista psicológica?

La algrìa , el afecto y la generosidad.

8.- ¿Cuáles son los factores que en la primera entrevista le disgustaron o hicieron sentir incómoda? ¿Por qué?

9.- ¿Qué recomendación hjaría usted para mejorar la primera acogida que se le ha brindado?

Recibir a todos con el mismo afecto que a mi , con un abrazo, y sin discriminar por el hecho de que los hijos sean o no del mismo padre.

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

1.- ¿ En una escala del 1 al 10 como sintió que fue atendida? ¿Por qué?

| | | | | | | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Insatisfactorio | | | Regular | | Bueno | | Muy Bueno | | Muy Satisfactorio |

Porque me supo entender, apoyarme y hacerme sentir que no estaba sola , y que uno a veces necesita ayuda y ahay que saberla aceptar.

2.- Si la respuesta en la pregunta anterior es igual o menor a 6; ¿Cómo le habría gustado que la atiendan para darle una calificación de 10 ?

3.- ¿Considera que la atención que recibió le ayudó par a enfrentar su problema?
¿Cómo?

Si en gran parte. Me ayudó mucho con sus consejos sobre todo para estar mas tranquila y tomar con calma las cosas que me pasan ya que no soy ni la primera ni la última a la que le pasa algo así

4.-En la primera entrevista Usted sintió que fue obligada atomar algún tipo de decisión que no quería?

SI NO

5.- En el caso que su respuesta fue afirmativa que tipo de decisión se vió obligada a tomar a causa de la primera entrevista?

Seguir terapia divorciarse reconciliarse
Ser acogida separarse seguir un proceso legal
otros Especifique

6.- ¿Qye reflexiones le hizo sentirse obligada a tomar una decisión en ese momento?

En ese momento no, sino después, dejar que3 las cosas pasen, tomarlas y aceptarlas con tranquilidad sin apresurarme ni molestarme.

7.- ¿Cuáles son los elementos que mejor le hicieron sentir en la primera entrevista psicológica?

Que pude decir todo lo que sentia, como sis estuviera con una amiga e, en quien confiar y apoyarme, y que sobre todo me aconseja siendo imparcial, simplemente viendo lo mejor.

8.- ¿Cuáles son los factores que en la primera entrevista le disgustaron o hicieron sentir incómoda? ¿Por qué?

Por lo general me cuensta contar mis cosas, pero a paesar de eso no me sentii incomoda sino respaldada por alquien que me brindò su ayuda como especialista.

9.- ¿Qué recomendación hjaría usted para mejorar la primera acogida que se le ha brindado?

Ninguna, por que cuando salì de la cita me sentì mucho mejor y mas tranquila al contarle a alquien mis problemas. Todo estuvo muy bien.

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

