

**DETECCIÓN, ATENCIÓN Y VALORACIÓN PSICOSOCIAL A VICTIMAS  
DE VIOLENCIA BASADA EN EL GÉNERO.**  
Psic. Reyna Guadalupe Villanueva Cab y Psic. José Antonio González Ramírez

**Resumen:** En este trabajo de carácter teórico, se abordará la violencia de género, como un fenómeno de alto impacto que se encuentra en crecimiento y que requiere ser identificado y atendido con urgencia. Según datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003, el 44 % de las mujeres de 15 años y más, que viven con su pareja reportaron haber sufrido algún tipo de violencia (INMUJERES, 2003).

A pesar de su trascendencia, la violencia realizada en distintos ámbitos desde la perpetrada en el seno familiar, la que sucede dentro de la comunidad, hasta la permitida por el Estado, continúa reproduciendo viejas prácticas de convivencia en la vida cotidiana que afectan a mujeres y niñas (INEGI, 2007).

Por lo anterior, cobra importancia la detección, atención y posterior evaluación a las víctimas de la violencia de género, para comprender y colaborar con el acercamiento psicosocial, legal y comunitario al fenómeno.

Por tanto, resulta indispensable que los psicólogos encargados de la atención a las víctimas de violencia contra las mujeres, estén informados acerca del problema y de cómo se debe actuar, ya sea en el ámbito clínico o legal, brindando un servicio que cubra las necesidades de las víctimas sin llegar a sobrevictimizarlas, es decir, provocar una nueva victimización en ellas.

**Abstract ;** In this work of theoretical character, the sort violence will be approached, like a phenomenon of high impact that is in growth and that it requires to be identified and to be taken care of with urgency. Since, according to data of the National Survey of the Dynamics of the Relations in Homes 2003, 44% of the women of 15 years and more, than they live with its pair reported to have undergone some type of violence (INMUJERES, 2003).

In spite of its importance, the violence made in different scopes from the perpetrated one in the familiar sine, the one that happens within the community, until the allowed one by the State, continues reproducing old practices of coexistence in the daily life that affect to women and children (INEGI, 2007).

By the previous thing, it receives importance the detection, attention and later evaluation to the victims of the sort violence, to include/understand and to collaborate with the psycho-social, legal and communitarian approach to the phenomenon.

Therefore, it is indispensable which the psychologists in charge of the attention to the victims of violence against the women, are informed about the problem and into how is due to act, or in the clinical or legal scope, offering a service that covers the necessities with the victims without getting to revictimizer them, that is to say, to cause a new victimization.

**Key words:** Violencia basada en el género, valoración psicosocial, víctimas, victimización, sobrevictimización.

**SUMARIO:** 1. Introducción 2. Aspectos generales de la violencia basada en el género 2.1. Modelos teóricos de la violencia basada en el género 3. Factores influyentes en la discriminación hacia las mujeres 4. Características de las víctimas de maltrato 4.1. Características sociodemográficas 4.2. Características psicológicas 5. Consecuencias negativas de la violencia perpetuada en la mujer 6. Atención profesional inmediata 7. Valoración psicosocial 8. Conclusiones 9. Referencias.

## 1. Introducción

Por su magnitud y complejidad, la violencia contra las mujeres ha sido analizada por expertos de diferentes disciplinas con diversos enfoques conceptuales y ha sido objeto de acuerdos internacionales, leyes, políticas públicas y acciones de la sociedad civil (Villagómez, 2004).

En los países latinoamericanos, la gran mayoría de las leyes y políticas emplean el término de “violencia intrafamiliar” cuando se refieren exclusivamente a la violencia hacia las mujeres perpetrada por sus parejas, la OPS (Organización Panamericana de la Salud) utilizó inicialmente este término, pero actualmente ha cambiado al empleo de “Violencia basada en el género” para referirse a “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada” (ONU, 2003, en Velzeboer, M., Ellsberg, M., Clavel-Arcas, C. y García-Moreno, C., 2003, pág. 4). Esta definición sitúa a la violencia hacia la mujer como una manifestación de desigualdad extrema relacionada con el género impuesta a causa de su posición subordinada dentro de la sociedad, discriminación que Rodríguez Manzanera (2003) concibe como una predisposición de la mujer a ser víctima.

Ha de reconocerse que a pesar de los avances que ha tenido México en cuanto a legislaciones, centros o instituciones de atención a víctimas, el inicio de las demandas de los derechos de las mujeres fue o ha sido consecuencia del trabajo de mujeres y personas luchadoras y por el apoyo de diversas organizaciones no gubernamentales e instituciones de asistencia privada, lucha que ha sido difícil, teniendo en consideración que para el Estado este tipo de conductas delictivas eran de índole privada (Ruiz Carbonell, 2002).

En Yucatán, hasta hace 50 años, no existían experiencias de intervención en el campo de la violencia familiar con enfoque de género, y es a partir de entonces que se desarrollan y aplican nuevos programas de atención a la mujer y a la familia con esta perspectiva, y se reforman programas y modelos de intervención existentes en algunas instituciones de gobierno para responder a los avances en la materia (Villagómez, 2004).

Actualmente, la violencia basada en el género es un problema de salud pública y de derechos humanos contra las mujeres que afecta a una de cada tres en el mundo (Velzeboer, et. al, 2003). En México, 2 mujeres de cada 10 sufren algún tipo de violencia infligida por su pareja, y 37 de cada 100, algún tipo de agresión a lo largo de su vida por diversas personas cercanas a ellas (Encuesta Nacional de Usuarios de los Servicios de Salud, en INEGI, 2003).

Las consecuencias que este tipo de violencia produce en las mujeres son devastadoras y diversas, afectan su salud física, mental, sexual y social, y hasta pueden llevarlas a la muerte. Además, esta violencia también tiene repercusiones en la salud de sus hijos e hijas y otros miembros de la familia como víctimas directas o indirectas de la misma (INEGI, 2007).

La violencia contra las mujeres, como se ha señalado con anterioridad, es un problema de salud pública, y como tal afecta a todos los profesionales sanitarios. Cualquiera puede atender a una mujer que sufre violencia, y la actitud de los profesionales de salud que reciban a estas mujeres es decisiva, pues cuando se considera el problema de la violencia como un factor generador de sintomatología, se está dando un primer paso para una adecuada respuesta a la mujer en consulta.

La detección de la situación de violencia por parte de los profesionales sanitarios predispondrá a la ruptura del silencio, que sería el primer paso para la comprensión y la visualización del problema.

El objetivo fundamental de este documento es promover la detección precoz y atención de la violencia, así como la valoración de la mujer que está siendo víctima desde un punto de vista psicosocial, que permita un abordaje global, involucrando las instancias comunitarias y judiciales.

## **2. Aspectos generales de la violencia basada en el género**

La violencia de género es una causa de muerte e incapacidad entre las mujeres en edad reproductiva, tan grave como todos los tipos de cáncer y una causa de mala salud mayor que los accidentes de tránsito y la malaria combinados. Las estimaciones hechas por el Banco Mundial sobre la carga global de enfermedad indican que en las economías de mercado establecidas, la victimización de género es responsable de uno de cada cinco días de vida saludable perdidos por las mujeres en edad reproductiva (Velzeboer, et. al, 2003).

Las múltiples manifestaciones de la violencia hacia las mujeres se pueden dar en distintos ámbitos, uno de ellos es el que se da en el seno de la familia (intrafamiliar), el que sucede dentro de la comunidad (social) (Heise, 1994, en INEGI, 2007), y el perpetrado o permitido por el Estado (institucional) (British Council, 1999, en INEGI, 2007).

Asimismo, existen muchas formas de ejercer la violencia contra la mujer (Ruiz Carbonell, 2002), la más visible es la *violencia físico-psíquica* que comprende cualquier acto, no accidental, que provoque o pueda producir daño en el cuerpo de la mujer, agresión física que por añadidura produce una repercusión emocional en la víctima.

Por otra parte la *violencia psíquica* es aquel acto o conducta que produce desvalorización o sufrimiento en las mujeres. Igualmente se deben incluir conductas verbales coercitivas, el aislamiento, la descalificación, y demás actos que impliquen una actitud de maltrato. Las conductas que involucren humillación, ridiculización, descalificación y burla pero en público Sánchez Movellán (2007), le llama *malos tratos sociales*.

Otra forma de violencia es la *sexual* que se da cuando a la mujer se le impone una relación sexual contra su voluntad, ya sea con violencia o intimidación, o no (llámese violación, abuso sexual, hostigamiento sexual y conductas sexuales utilizando la fuerza o

intimidación). También se puede incluir otras formas de violencia sexual como pueden ser las que no impliquen contacto corporal (exhibicionismo, voyeurismo, forzar a ver material pornográfico, mensajes por correo telefónico, gestos y palabras obscenas, insultos sexistas), las que vayan en contra de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, tráfico o utilización de mujeres y niñas con fines de explotación sexual, prostitución, comercio sexual y la mutilación genital femenina (Sánchez Movellán, 2007).

Otra forma de violencia de la que gran parte de la ciudadanía no es consciente es la *económica o patrimonial*, que implica todas las medidas tomadas por el agresor u omisiones que afecten la sobrevivencia de la pareja y la de su descendencia, o el despojo o destrucción de sus bienes personales o de la sociedad conyugal. A esta última acción Sánchez Movellán (2007), le denomina *malos tratos ambientales*.

### 2.1. Modelos teóricos de la violencia basada en el género

Resulta difícil explicar por que una mujer no toma la decisión razonable de dejar a su pareja y evitar el daño físico y psicológico que produce en su entorno familiar, manifestando en muchas ocasiones que sigue queriendo a su pareja y justifica su comportamiento con la esperanza de que cambie con el tiempo. La dependencia de estas mujeres no sólo se produce a nivel económico sino también a nivel afectivo y emocional.

Han surgido diversas teorías que tratan de explicar los mecanismos psicológicos que actúan en el mantenimiento del maltrato doméstico.

La teoría de Walker (1984, en Ruiz Carbonell, 2002) llamada *ciclo de la violencia* se basa en el concepto de refuerzo conductual y cumple diferentes fases muy determinantes:

1. **Incremento de la tensión.** En este periodo inicial, la mujer normalmente puede ejercer un control mínimo sobre la frecuencia y severidad de los episodios de abuso. El agresor se enoja, discute y culpa a la mujer, provocando un aumento de tensión en la relación.
2. **Explosión o incidente agudo de la violencia.** En esta fase explota la tensión acumulada y sobreviene la violencia física, psicológica y a veces, también agresiones o abusos de índole sexual. Este periodo es el más corto, algunas veces, la mujer decide acudir a la policía, al médico o hasta puede decidirse a interponer una denuncia.
3. **La fase de luna de miel o de arrepentimiento.** Esta fase es el resultado del alivio de la tensión, caracterizada por el arrepentimiento del agresor y la esperanza de la víctima de que mejoren las relaciones conyugales. Es esta etapa de reconciliación y esperanza de cambio lo que comúnmente suele atrapar a la mujer en la relación.

En la mayoría de los casos la mujer maltratada no percibe este ciclo y reacciona ante el amor y la violencia como acontecimientos que ocurren al azar, ya que una vez que ha surgido el primer episodio de maltrato la probabilidad de nuevos episodios y por motivos mucho más insignificantes es mucho mayor (Echeburúa, et al, 1990, en Echeburúa, 2003). Con el paso del tiempo este ciclo se va cerrando cada vez más, cuanto más tiempo permanezca la relación abusiva, la probabilidad de consecuencias psicológicas se cronifican y el pronóstico de la recuperación es más desfavorable.

Otro supuesto que permite explicar los cambios psicológicos responsables del mantenimiento de la mujer maltratada en una relación violenta, es la *teoría de la indefensión aprendida* de Seligman (1975, en Ruiz Carbonell, 2002) que explica que el

hecho de que la víctima se adapte a las exigencias del agresor no es consecuencia de una actitud pasiva, sino de una respuesta adaptativa para aumentar las posibilidades de supervivencia. Sólo cuando la mujer percibe que estas estrategias son insuficientes para protegerse a sí misma y a sus hijos, tratará de salir de la relación violenta.

Existen otros tres modelos teóricos para explicar la permanencia de la mujer en la situación de maltrato, aunque estas teorías sólo son aplicables cuando el mantenimiento o la disolución de la relación abusiva constituye una decisión racional no patológica (Echeburúa, 2003). La primera teoría, *costes y beneficios* sugiere que la elección de dejar la relación de maltrato está en función de que el beneficio total de esta decisión sea mayor que el coste de permanecer en la situación; la *teoría de la dependencia psicológica*, señala que la mujer permanece en esa situación por su compromiso de matrimonio o si esto no funciona se hace creer que tendrá éxito si lo intenta con la fuerza suficiente; por último, la *teoría de la acción razonada* describe que la mujer puede hacer un balance entre las consecuencias positivas y las negativas, pero la actitud definitiva dependerá de la percepción positiva o negativa de los resultados totales en combinación con las probabilidades de éxito percibidas, así como la influencia de los seres queridos.

### **3. Factores influyentes en la discriminación hacia las mujeres**

En la sociedad mexicana, la violencia de género se puede explicar por medio de diferentes factores discriminatorios, aunque actualmente la legislación mexicana prácticamente otorga una situación de igualdad de derechos entre hombres y mujeres, en la vida cotidiana constantemente se originan situaciones de desigualdad que repercuten negativamente en las mujeres, producto de la discriminación histórica a la que las mujeres han estado sometidas durante siglos (Ruiz Carbonell, 2002).

Son varios los factores discriminatorios que deben considerarse, entre estos factores se puede mencionar que en México como en casi todos los países del mundo, las actividades consideradas femeninas suelen tener menor prestigio social, igualmente la participación de las mujeres en la toma de decisiones ha sido desigual, en cuanto a la educación, a pesar de que actualmente todas las niñas tienen acceso a esta, aún existen diferencias en la elección académica, vocacional y profesional, y el medio educativo continúa reproduciendo estereotipos sociales tradicionales y discriminatorios para las mujeres (Ruiz Carbonell, 2002).

Otro factor, es que el número de hogares sostenidos económicamente por mujeres solas se ha incrementado (Velzeboer, et. al, 2003), mismas que se ven en la necesidad de realizar trabajos muy mal remunerados y en condiciones precarias, esta incorporación de las mujeres al mercado de trabajo no ha llevado consigo un reparto equitativo de las funciones domésticas, por lo que se producen dos efectos no deseados, la doble jornada de la mujer y la mayor posibilidad de abandono del mismo ante el incremento de la necesidad de los cuidados familiares (Villagómez, 2005).

En relación con los sistemas sanitarios, a pesar que las condiciones de salud de las mujeres mexicanas ha mejorado apreciablemente, aún existen grandes problemas, el incipiente equilibrio ante la igualdad de condiciones marca notables diferencias en el acceso y en la calidad de los servicios de salud (Ruiz Carbonell, 2002).

Muchas veces las mismas instituciones religiosas, son otro obstáculo para que la mujer pueda salir de la relación violenta, puesto que se les educa a pensar que es un deber cuidar a su marido y aceptar su destino dentro de la familia (Rodríguez Manzanera, 2003); también es importante mencionar la discriminación que ocurre comúnmente en México con las parejas que viven en concubinato, así como también actos intolerantes contra parejas del mismo sexo (Ruiz Carbonell, 2002).

De igual manera, es importante señalar que existen mujeres que sufren doble discriminación, es decir, que también se les discrimina por otras dificultades atribuidas a condiciones sociales, económicas, sanitarias, cronológicas, étnicas o por el ejercicio de actividades no aceptadas socialmente (Rodríguez Manzanera, 2003). Este grupo doblemente vulnerable se refiere a las mujeres indígenas, a las mujeres jóvenes (entre 15-24 años), las mujeres indigentes, las sexoservidoras y las migrantes (Ruiz Carbonell, 2002).

#### **4. Características de las víctimas de maltrato**

En los estudios realizados hasta ahora, en diversos países, revelan que no existe obligatoriamente una personalidad previa típica de la mujer maltratada, sin embargo es posible encontrar ciertas características entre ellas (Ruiz Carbonell, 2002).

##### **4.1. Características sociodemográficas**

Por regla general, las mujeres que permiten agresiones físicas sobre su persona, son las que aceptan una posición desigual e inferior a la de su pareja desde el inicio de la relación, conforman un grupo de población que se caracteriza por un nivel cultural bajo, carente de tareas extradomésticas o con empleos poco cualificados, dependen del marido, poseen un escaso apoyo social y frecuentemente cuentan con hijos menores y hogares hacinados (Rodríguez Manzanera, 2003).

##### **4.2. Características psicológicas**

Las mujeres permanecen en esta situación de violencia durante 10 años en promedio (Echeburúa, 2003), dicha resignación se explica por diversas razones como económicas, sociales y familiares, sin embargo existen razones psicológicas que son competentes para explicar este fenómeno: existe una cierta habituación a la situación de tensión que minimiza el problema, aunado al miedo, la indefensión generada, temor a vivir solas en el futuro, negarse a reconocer el fracaso de la relación, etc. (Echeburúa, Corral, Amor, Sarasua y Zubizarreta, 1997, en Echeburúa y Corral, 2002).

El factor común de quienes sufrieron violencia en alguna etapa de su vida es la baja autoestima, pero la socialización de género se manifiesta de distinta forma, en el nivel individual se pueden encontrar cuatro dimensiones (Morales y Quinteros, 2005):

En la *conductual*, la mujer maltratada oculta la violencia a la sociedad, su conducta privada se encuentra entre la sumisión y la expresión de sus emociones contenidas. También son más propensas a la ideación suicida, consumo de sustancias, angustia, miedo, indefensión aprendida, depresión, dificultades sociales como el aislamiento y la hiperasertividad, internalización de la culpa, baja autoestima, alteración de las relaciones con los hijos, síntomas de tensión, trastornos del sueño y pérdida de concentración.

En la dimensión *cognitiva*, se percibe como si no pudiera salir de la situación, teniendo una idea hipertrofiada del poder de su pareja y cree no poder valerse por sí misma.

En la dimensión *interaccional* la violencia conyugal no es permanente, es decir, se da por ciclos, la relación es dependiente y posesiva, con una fuerte asimetría y hay un juego de roles complementarios.

Y por último, en la *psicodinámica*, la mujer maltratada ha incorporado la sumisión y dependencia, el miedo y la represión de sus necesidades emocionales que suele expresar a nivel psicosomático.

### **5. Consecuencias negativas de la violencia perpetuada en la mujer**

Son muchas las repercusiones negativas que la violencia de género ocasiona desestabilizando la vida de las mujeres tanto en la esfera física, social como en la psicológica, entre estas consecuencias comunes está que son propensas a beber en solitario y de forma autodestructiva, son consumidoras compulsivas de sustancias nocivas, suelen tener una considerable y acusada tendencia a la automedicación, predisposición a la depresión y suelen presentar trastornos del sueño, gastar el dinero que estaba destinado a satisfacer las necesidades básicas del mantenimiento del hogar, son vulnerables a desarrollar comportamientos adictivos típicos como compras exageradas e injustificadas o padecer trastornos de anorexia o bulimia, codependencia y biodependencia (Ruiz Carbonell, 2002).

Arón (2001, en Morales y Quinteros, 2005) menciona que las consecuencias en el ámbito físico se manifiestan en sintomatología somática diversa como gastritis, dolores de cabeza y dolores musculares.

Todas estas características se pueden observar como síntomas aislados que pueden conducir a consecuencias más graves como psicopatologías, o aún más grave a la muerte.

Suele estimarse que entre un 15-30 por 100 de las víctimas desarrollan alteraciones psicopatológicas duraderas como consecuencia de la violencia de género y su deficiente afrontamiento. Entre las secuelas que pueden observarse con frecuencia son (Echeburúa y Corral, 1995, en Echeburúa y Corral, 2002):

- **Conductas de ansiedad extrema.** La violencia frecuente e intermitente, asociada con períodos de arrepentimiento y ternura, produce respuestas de alerta y sobresalto permanentes en las mujeres.
- **Depresión y pérdida de autoestima, así como sentimientos de culpabilidad.** La depresión está ligada con la pérdida gradual de participación en actividades lúdicas y a una baja autoestima; mientras que los sentimientos de culpa son resultado de las conductas que la víctima realiza o ha realizado para impedir la violencia.
- **Aislamiento social y dependencia emocional del hombre dominante.** La disimulación de la violencia sufrida está relacionada con la vergüenza social que experimentan las mujeres víctimas, lo que contribuye, a su vez, a que aumente la dependencia del agresor, quien siente que su dominio aumenta al ver que la víctima se aísla más.

Para tener una idea más general de las secuelas que suelen sufrir las mujeres víctimas de la violencia, se dividirán en efectos mortales y no mortales que se describirán a continuación (Heise, Ellsberg y Gottemoeller, 1999, en Velzeboer, M., et. al, 2003).

Tabla 1. Efectos de la violencia contra las mujeres en la salud.

<b>EFFECTOS MORTALES</b>	Homicidio, suicidio, mortalidad materna y efectos relacionados con el SIDA.	
<b>EFFECTOS NO MORTALES</b>	Salud física	Lesiones, alteraciones funcionales, síntomas físicos, salud subjetiva deficiente, discapacidad permanente y obesidad severa.
	Trastornos crónicos o somáticos	Síndromes dolorosos crónicos, síndrome del intestino irritable, trastornos gastrointestinales y fibromialgia.
	Salud mental o psicológica	Estés postraumático, depresión, angustia, fobias/estados de pánico, trastornos de la alimentación, disfunción sexual, escasa autoestima y abuso de sustancias psicotrópicas.
	Comportamientos negativos para la salud	Tabaquismo, abuso de alcohol y de drogas, comportamientos sexuales arriesgados, inactividad física y comer en exceso.
	Salud reproductiva	Embarazos no deseados, ITS/VIH, trastornos ginecológicos, abortos peligrosos, complicaciones del embarazo, abortos/bajo peso al nacer y enfermedad inflamatoria pélvica.

## 6. Atención profesional inmediata

La alta prevalencia de la violencia de género y sus repercusiones en la salud de las mujeres ha llevado a las organizaciones a promulgar decretos para erradicar dicha violencia, elaborar legislaciones, y a crear instituciones para atender a la víctima desde distintas áreas.

El Estado con el fin de asegurar los principios constitucionales contemplados en el artículo 20, se encuentra obligado a atender de forma integral a las víctimas u ofendidos del delito, pero este esfuerzo se ve limitado por cuestiones no sólo de carácter presupuestal, sino también por la falta de profesionalización, especialización y perfiles adecuados de las personas que van a atender a estas víctimas aunado a la carencia de instalaciones apropiadas (Lima Malvido, 2002).

De esta manera, se debe tener en consideración que lo que dicen y hacen los prestadores de servicios puede tener gran influencia en la marcha de la decisión que adopte la mujer. Muchas veces, hacer preguntas acerca de la violencia ayuda a las mujeres a comprender que ésta es considerada como un importante problema y que no es su culpa. Aún cuando una mujer maltratada no revele la violencia que sufre en el primer encuentro,

preguntarle nuevamente acerca de lo sucedido demuestra el interés y esto tal vez la anime a hablar sobre el problema en una visita posterior (Velzeboer, M., et. al, 2003).

Al momento de recibir a una víctima, se debe tomar en cuenta que esta se encuentra atravesando por un periodo de crisis (Caplan, 1964, en Strashburger, 2006, en Escaff, 2006), que es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y potencial para obtener un resultado positivo o negativo.

Horowitz (1976 en Slaikeu, 2000) afirma que las víctimas pasan a través de cinco etapas de crisis:

*Desorden.*- Se refiere a las reacciones iniciales en el impacto del suceso.

*Negación.*- Conduce a la amortiguamiento del impacto. Puede acompañarse de un entorpecimiento emocional, en no pensar lo que pasó, o la planeación de actividades como si nada hubiera pasado.

*Intrusión.*- Incluye la abundancia involuntaria de ideas de dolor por los sentimientos acerca del suceso, sea una pérdida o alguna otra tragedia.

*Traslaboración.*- Es el proceso en el que se expresan, identifican y divulgan pensamientos, sentimientos e imágenes de la experiencia de crisis.

*Terminación.*- Es la etapa final de la experiencia de crisis y conduce a una integración de la misma dentro de la vida del individuo.

Durante la visita inicial, al momento de abordar a una víctima, es importante controlar sus emociones, ofrecer consuelo y formular preguntas que dejen a la persona contar el suceso con palabras propias (Toronto Child Abuse Centre, TCAC, 2006 en Villanueva Cab y González Ramírez, 2007), creer y validar las experiencias de la víctima, sin restarle importancia al maltrato ni a su necesidad de seguridad, reconociendo la injusticia sin culparla de la violencia (Proyecto Contra la violencia doméstica, 2003, en Velzeboer, M., et. al, 2003 ).

Así también se recomienda averiguar si la mujer siente que ella o sus hijos corren un peligro inmediato, ayúdele a considerar diversos cursos de acción (recorrir a una amiga, familiar, albergue o centro de atención que pueda ayudarle) brindar una atención apropiada, que implique aconsejar evitar consumir tranquilizantes y medicamentos modificadores del estado de ánimo, puesto que esta acción puede reducir la capacidad de las mujeres para predecir algún ataque, así como también es importante documentar la situación de la mujer. Registro que es útil cuando se hace de manera cuidadosa para el seguimiento médico futuro o en el caso que ella decida presentar cargos contra el agresor, no pasando por alto ningún síntoma o lesión de la mujer evaluada, ni olvidando explorar si tiene o no antecedentes de maltrato, dicha documentación debe ser tan completa como sea posible y establecer con claridad la identidad del agresor y su relación con la víctima (Heise, Ellsberg y Gottemoeller, 1999, en Velzeboer, M., et. al, 2003). Para facilitar este proceso se puede utilizar la mnemotecnica del CASIC ya que permite clasificaciones rápidas (no se habla de diagnóstico), sólo se clasifica en síntomas y signos, y permite sistematizar la intervención. Se entiende por síntoma todo aquello que el paciente refiere y por signo (indicadores), lo

que el interventor puede observar (Slaikeu, 2000, en Villanueva Cab y González Ramírez, 2007).

La nemotecnia del CASIC posee cinco áreas de clasificación:

1. **Conductual** (¿Cómo se afectaron las rutinas?) Actividades manifiestas.
2. **Afectiva** (¿Cómo se siente?) Sentimientos sobre las conductas expresadas.
3. **Somática** (Impacto en la salud física) Información sobre el funcionamiento físico en general.
4. **Interpersonal** (¿Cuál es el impacto de la crisis sobre la vida de la familia y de los amigos?) Naturaleza de las relaciones con la familia, amigos.
5. **Cognoscitiva** (Naturaleza de las rumiaciones mentales de la persona: pensamientos y fantasías, sueños de día y de noche) Procesos mentales.

Después se debe elaborar un plan de seguridad junto con la víctima, como podría ser tener preparada una maleta con los documentos importantes, llaves y una muda de ropa, o establecer una señal para hacer saber a sus hijos cuándo tienen que pedir ayuda a los vecinos, sin olvidar en ningún momento respetar su autonomía (Heise, Ellsberg y Gottemoeller, 1999, en Velzeboer, M., et. al, 2003).

Asimismo, se le debe informar a la mujer acerca de sus derechos, por lo que es importante conocer qué protecciones legales existen para las víctimas de maltrato y adónde pueden recurrir las mujeres y los niños para obtener la ayuda apropiada; si es posible, se le debe enviar a otras instalaciones comunitarias apropiadas a su caso.

## 7. Valoración psicosocial

La valoración psicosocial en víctimas de violencia basada en género en este trabajo, quedará definida como: la evaluación de las secuelas del estado emocional y social causadas por el delito, mediante la aplicación de técnicas de la psicología clínica (observación, entrevista a la víctima o a sus familiares, autobiografía, pruebas psicométricas, etc.) y en su caso de la psicología forense, para establecer una intervención terapéutica posterior o tratamiento.

Para valorar el estado emocional de la mujer, se debe tener una actitud empática y de escucha activa durante la entrevista para identificar la presencia de síntomas psicológicos reactivos como la ansiedad, depresión, trastornos del sueño, abuso de drogas, alcohol o sedantes, ideación o planeación suicida, etc. (Sánchez Movellán, 2007).

Este estudio implica el empleo de una sucesión de técnicas de la psicología clínica, que incluyen la observación y la entrevista no sólo del individuo que es objeto de estudio, sino también de los familiares de este si es necesario, el empleo de la autobiografía y de diversas pruebas o test (Rodríguez Manzanera, 2003).

A continuación se mencionarán las principales áreas y algunos de los instrumentos de evaluación que se pueden emplear para valorar a las víctimas de maltrato, ver tabla 2 (Sánchez y Sierra, 2006).

Tabla 2. Principales áreas e instrumentos para la evaluación de víctimas de violencia contra las mujeres.

Áreas a evaluar	Instrumentos de evaluación
Trastorno de estrés postraumático	<p>Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de estrés postraumático (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997)</p> <p>Escala de Impacto de Sucesos (IES) Horowitz, Wilner y Álvarez, 1979</p> <p>SCL-90-R. Listado de Síntomas (Derogatis, 2002)</p>
Ansiedad	<p>Escala Heteroaplicada de Evaluación de la Ansiedad (Hamilton, 1959)</p> <p>Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970)</p> <p>Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1994)</p> <p>Inventario de Ansiedad de Beck (Beck, Brown, Epstein y Steer, 1988)</p>
Depresión	<p>Escala de Autoevaluación de la Depresión de Zung (SDS) (Zung, 1965)</p> <p>Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961)</p> <p>Escala de Evaluación de la Depresión de Hamilton (HRS) (Hamilton, 1960)</p> <p>Lista de Adjetivos para la Depresión (DACL) (Lubin, 1965)</p>
Autoestima	<p>Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965)</p> <p>Inventario de Auto-Informe (Brown, 1961)</p>
Habilidades sociales	<p>Escala de Asertividad de Rathus, 1973)</p> <p>Inventario de Asertividad (AI) (Gambrell y Richey, 1975)</p> <p>ASPA. Cuestionario de Aserción en la Pareja (Carrasco, 1998)</p>
Relación de pareja	<p>Inventario de Satisfacción Marital (MSI) (Snyder, 1979)</p> <p>Test de Ajuste Marital (MAT) (Locke y Wallace, 1959)</p> <p>Escala de Ajuste Diádico (DAS) (Spanier, 1976)</p> <p>Inventario de Estatus Marital (Weiss y Cerreto, 1980)</p>
Información sexual	<p>Inventario de Conocimientos Sexuales: Forma Y (McHugh, 1955)</p> <p>Inventario de Conocimientos Sexuales: Forma X (McHugh, 1967)</p> <p>Cuestionario de mitos y falacias sexuales (McCary, 1977)</p>
Actitudes respecto al sexo	<p>Inventario de Actitudes hacia el Sexo (Eysenck, 1982)</p> <p>Escala de Actitudes Heterosexuales: mujeres (Robinson y Annon, 1975)</p> <p>Inventario de Miedos sexuales: mujeres (Annon, 1975)</p> <p>Inventario de Placer Sexual: mujeres (Annon, 1975)</p>
Conductas sexuales	<p>Test del Deseo Sexual Inhibido (Masters, Johnson y Kolodny, 1996)</p> <p>Inventario de Deseo Sexual (Spector, Carey y Steinberg, 1996)</p> <p>Perfil de Respuesta Sexual (Pion, 1975)</p> <p>Inventario de Interacción Sexual (SII) (LoPiccolo y Steger, 1974)</p> <p>Inventario de Ajuste Sexual (Stuart, Stuart, Maurice y Szasz, 1975)</p> <p>Inventario de Activación Sexual (Hoon, Hoon Wicze, 1976)</p> <p>Inventario de Funcionamiento Sexual (Derogatis, 1978)</p> <p>Escala de Experiencias Sexuales (Frenken y Vennix, 1981)</p> <p>Escala de Fantasías Sexuales de Wilson (Wilson, 1988)</p>
Evaluación del ajuste y apoyo social	<p>Escala de estrés-Apoyo Social (Conde y Franch, 1984)</p> <p>Escala de Apoyo Social (Matud, 1998)</p>

La administración de estas pruebas y su valoración integrada permitirá la evaluación de las secuelas emocionales y sociales causadas por el delito, así como la facilitación de una intervención terapéutica posterior. El estudio de la personalidad de la víctima permitirá detectar si existe una patología mental previa al suceso, es decir, deberá distinguir entre las características que son atribuibles a la personalidad de la víctima y cuáles a la victimización sufrida (Soria, 2005). Por lo que resultará primordial:

- a) Establecer la existencia del trastorno de estrés postraumático o la existencia de indicadores específicos como ansiedad, hipersensibilidad a violencia potencial, pasividad y formas agresivas de autodefensa. Así como también, determinar si presenta alguna patología mental más severa, hasta el punto de requerir tratamiento especializado.
- b) Analizar el proceso interactivo y su situación actual, clarificando especialmente en la existencia o no de la indefensión en el comportamiento de la víctima ante el agresor. Así como los procesos justificativos de la víctima para permanecer en la relación agresiva y para romperla.
- c) Determinar su nivel de autoestima, así como sus apoyos afectivos para valorarlos también de cara a una adaptación futura.
- d) Analizar los procesos atribucionales de la propia conducta.
- e) Explorar el grado de persuasión y de distorsión de los procesos sociocognitivos básicos de la víctima.
- f) Evaluar el contexto social y su posible apoyo en la recuperación.
- g) Establecer las principales estrategias de afrontamiento susceptibles de ser utilizadas en el proceso de readaptación.
- h) Determinar cómo está la víctima viviendo la judicialización de su experiencia agresiva (interrogatorios, denuncia, etc.) con el fin de evitar la "victimización secundaria" o daños psicofísicos derivados de los numerosos y dolorosos trámites judiciales por los que debe pasar toda víctima que decide denunciar una agresión familiar.

Hay que tomar en cuenta, que todo estudio deberá planearse según las características particulares del sujeto a evaluar como su edad, sexo, procedencia, nivel de estudios, etc., además, el psicólogo, debe ser flexible y adaptable a las circunstancias, así como también, debe tener en cuenta tres niveles de funcionalidad de la persona, los cuales son (Rodríguez Manzanera, 2005):

1. La imagen pública y su forma de comunicación interpersonal.
2. La consciencia que tiene la persona de sí misma.
3. La naturaleza misma de la personalidad.

### **8. Conclusión**

La situación social de la mujer en México se caracteriza por la dependencia y la subordinación, la exclusión del mundo público y la reclusión en el ámbito domestico-privado, considerando que el destino y la "vocación natural" de la mujer es el cuidado del hogar y de la familia, estas formas de discriminación predisponen a las mujeres a ser víctimas de la violencia basada en el género.

La violencia florece y se desarrolla en una sociedad jerárquica, fundada en estructuras de poder, injustas, desiguales y opresoras. Todavía se piensa que la violencia contra las

mujeres es natural, que quien domina o manda “naturalmente” tiene derecho a corregir, a humillar, a disciplinar y puede, porque es autoridad, usar su fuerza para golpear. Es decir tiene derechos indiscutibles y la sociedad lo justifica (Villagómez, 2005).

Se debe tomar conciencia de que hoy en día, la violencia contra las mujeres, dentro de la familia, en la calle, en los centros laborales o en cualquier lugar, constituye una grave violación a los derechos humanos y es un delito (Ruiz Carbonell, 2002).

Gracias a los avances de desarrollo humano, a las conferencias internacionales de Naciones Unidas y a un conjunto de mujeres que trabajan en todo el mundo por los derechos de la población femenina, hoy la violencia contra las mujeres constituye un delito amparado por leyes locales, nacionales e internacionales.

Pero este delito no solo puede sancionarse, sino que para las víctimas existen posibilidades de prevenir la violencia, de denunciarla y de protegerse contra ella.

Por ello, la valoración de las víctimas de maltrato es indispensable para ayudar a la mujer, entendiéndola tal y como es, a enfrentarse a su experiencia vital y a abordar un trabajo de afrontamiento de su realidad y una adaptación futura a su nueva situación; estas circunstancias servirán para determinar el tratamiento que la mujer necesitará para salir con éxito de la experiencia de maltrato.

Se debe tener cuidado de no producir tensión en la víctima, actualizando y reviviendo sus temores y sentimientos de culpa, de no ejecutar más pruebas de las necesarias y si el psicólogo no va a ser el que se encargue del tratamiento es preferible no iniciar una relación de corte terapéutico (Rodríguez Manzanera, 2003). Además no se debe olvidar que cuando se está ante una mujer víctima de violencia de género, y es madre, debemos de tomar conciencia de que se está ante más de una víctima.

Otro fenómeno que ocurre es la victimización secundaria que se cuando una víctima de violencia basada en género recurre a alguna institución (comisaría, hospital, servicios sociales, juzgado, etc.) o a algún profesional (médico, psicólogo, abogado) en busca de ayuda y dichas instituciones o profesionales, quizás poco informados acerca del problema e impregnados por los mitos acerca de la violencia doméstica, se conducen culpando a la víctima. Es así que incurren en conductas que en lugar de ayudar, convierten a la persona por segunda vez en víctima (Lima, 1997). Aquí también, la tarea de prevención informando y orientando a la comunidad ayudaría a evitar estas conductas.

Cabe destacar que las consideraciones para una valoración psicosocial antes mencionadas no son una aplicación directa al contexto legal, sino que ha de ajustarse a los preceptos legales aplicables a cada caso, ya que una “Evaluación psicológica” demandada por una instancia legal, es la interpretación de los datos clínicos para un contexto jurídico específico (Arce, 2005). Es decir, que para los procesos de evaluación en psicología jurídica se requiere de diferentes técnicas para evaluar las capacidades o competencias y para someter a un juicio la imputabilidad de los hechos (Ávila Espada, 1986, en Sierra et al., 2006). Estas evaluaciones requieren la aplicación, por parte del perito psicólogo, de técnicas propias de la psicología clínica y otras más específicas de la psicología forense (Sierra et al., 2006).

Cabe mencionar que las técnicas de evaluación que se utilizan en el ámbito clínico y en el forense pueden ser a menudo, semejantes, pero los objetivos que se persiguen varían de

manera apreciable, requieren la adaptación al lenguaje utilizado en cada caso (Rodríguez Sutil, 1999), además que su práctica y funcionamiento es diferente (Arce, 2005). Rodríguez Sutil (1999) menciona que el asunto que diferencia de manera esencial un proceso del otro tiene que ver con la identificación de quién es el cliente del profesional y la ruptura de la regla de confidencialidad.

Es por eso la importancia, de que todo psicólogo conozca los lineamientos básicos de las reglas o leyes de su estado que rigen sus obligaciones y derechos dentro del contexto legal existente en su comunidad.

De la misma manera es necesario y esencial resaltar que los proveedores de servicios de salud que atienden a las sobrevivientes de la violencia reciban apoyo psicológico. Esto se refiere a cualquier tipo de actividad que contribuya a reducir el estrés y la ansiedad, incluidas las actividades recreativas y las sesiones para compartir los sentimientos y las emociones resultantes de las responsabilidades profesionales (Claramunt, 1999, en Velzeboer, M., et. al, 2003).

Asimismo se cree preciso insistir en campañas de sensibilización e información a nivel familiar, escolar y social sobre la problemática de la violencia contra las mujeres en todas sus modalidades y atendiendo a todas sus víctimas.

## 9. Referencias

- Arce, R. (2005). *Evaluación psicológica en casos judiciales ¿Es la evaluación clínica tradicional válida para el contexto legal?* en IX Congreso de Psicología Social, A Coruña, septiembre.
- Bellak, L. y Siegel, H. (1983). *Manual de psicoterapia breve intensiva y de urgencia*. México: Manual Moderno.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2002). *Manual de violencia familiar*. España: Siglo veintiuno de España.
- Echeburúa, E. (2003). *Personalidades violentas*. España: Psicología Pirámide.
- Escaff Silva, E., Maffioletti Celedón. (Comp.). (2006). *Aproximaciones desde la experiencia*. Santiago, Chile: Universidad Diego Portales.
- Instituto para la Equidad de Género en Yucatán (IEGY). (2003). *La ENDIREH 2003: un acercamiento estadístico al problema de la violencia intrafamiliar en Yucatán*. México: Comisión Nacional para el desarrollo de los pueblos indígenas. Consejo para la protección de la familia y la prevención de la violencia familiar. Gobierno del Estado de Yucatán.

- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2007). *Mujeres y Hombres en México 2007*. (11<sup>a</sup>. ed.). México: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática (2003). *Estadísticas a propósito del día internacional para la eliminación de la violencia contra las Mujeres*. Recuperado el 10 de Agosto de 2007, de [http://www.mujoyersalud.gob.mx/mys/doc\\_pdf/VIOLENCIA\\_INTRAFAMILIAR\\_2003.pdf](http://www.mujoyersalud.gob.mx/mys/doc_pdf/VIOLENCIA_INTRAFAMILIAR_2003.pdf)
- Instituto Nacional de las Mujeres (2003). *Encuesta Nacional de la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003*. Recuperado el 20 de Agosto de 2007, de <http://www.inmujeres.gob.mx/dgede/violencia/violencia.htm>
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2006). *Compilación de los principales instrumentos internacionales sobre derechos humanos de las mujeres*. (3<sup>a</sup>. ed.) México: Instituto Nacional de las Mujeres.
- Lima Malvido, M. (1997). *Modelo de atención a víctimas en México*. México. Cámara de diputados.
- Lima Malvido, M. (2002). "Prólogo". En: Instituto Nacional de Ciencias Penales. *Directorio de los centros de atención a víctimas del delito*. México: INACIPE. pp. 11-14.
- Morales, M. y Quinteros, A. (2005). Análisis teórico de la violencia familiar hacia la mujer en Chile y España, en el ámbito judicial, en *Cuadernos de psicología jurídica*. Agosto 2005. No. 2. pp. 113-134.
- Rodríguez Manzanera, L. (2003). *Victimología*. (8<sup>a</sup>. ed.). México: Porrúa.
- Rodríguez Manzanera, L. (2005). *Criminología clínica*. México: Porrúa.
- Rodríguez Sutil, C. (1999). Relación y diferencia entre el informe clínico y el informe forense. *Papeles del Psicólogo*. Junio 1999, No. 73, pp. 3-9.
- Ruiz Carbonell, R. (2002). *La violencia familiar y los derechos humanos*. México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
- Sánchez Movellán, M. (2007). Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos. España: Gobierno de Cantabria, Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, Dirección General de Salud Pública.
- Sánchez, A. y Sierra, J. (2006). "Evaluación psicológica en víctimas de maltrato doméstico". En: Jiménez, E., Buela-Casal, G. (Comps.) *Psicología Forense: anual de técnicas y aplicaciones*. España: Biblioteca Nueva. pp. 295-311.

- Sierra, J., Jiménez, E. y Buena-Casal, G. (Comps.) (2006). *Psicología Forense: anual de técnicas y aplicaciones*. España: Biblioteca Nueva.
- Soria Verde, M. (2005). "Psicología de la victimización criminal. En: Soria Verde, M. (ed.) *Manual de psicología jurídica e investigación criminal*. España: Psicología pirámide. pp. 149-165.
- Slaikeu, K. (2000). *Intervención en crisis: manual para prácticas e investigación*. México: Manual Moderno.
- Velzeboer, M., Ellsberg, M., Clavel-Arcas, C. y García-Moreno, C. (2003). *La violencia contra las mujeres: responde el sector salud*. E.U.A.: Organización Panamericana de la Salud.
- Villagómez, (2005). *Familia y violencia: políticas de atención a la violencia doméstica en Mérida*. México: Ayuntamiento de Mérida.
- Villanueva Cab, R. y González Ramírez, J. (2007) "Intervención en crisis: Primera ayuda psicológica a víctimas del delito", en XXII Congreso Nacional de Criminología, Mérida, Yucatán, México, Mayo.