



**TECNOLÓGICO UNIVERSITARIO DE MÉXICO**

---



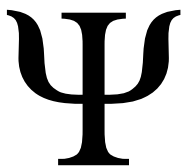
**ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

INCORPORADO A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
CLAVE 3079-25

**“CENTRO DE ATENCIÓN A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR (CAVI):  
EL PSICÓLOGO, UNA MIRADA EN SU TRABAJO CON  
LA VIOLENCIA FAMILIAR”**

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**  
P R E S E N T A:  
**CARMEN LUCERO HUERTA CRUZ**

DIRECTOR DE TESIS: MTRO. ISMAEL FERNANDO DÍAZ OROPEZA.



MÉXICO, D. F.

2008



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

# “CENTRO DE ATENCIÓN A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR (CAVI): EL PSICÓLOGO, UNA MIRADA EN SU TRABAJO CON LA VIOLENCIA FAMILIAR”

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	4
-------------------	---

### CAPÍTULO 1

VIOLENCIA FAMILIAR.....	7
-------------------------	---

1.1. La familia.....	7
1.1.1. Estructura y funciones.....	8
1.2. Violencia familiar: un problema de salud pública.....	10
1.2.1. Datos epidemiológicos de la violencia familiar en México.....	12
1.3. Violencia familiar y sus principales características.....	15
1.3.1. Tipos de violencia familiar.....	19
1.3.2. Receptor y generador de violencia familiar.....	22
1.4. Ciclo de la violencia familiar.....	25
1.5. Consecuencias de la violencia familiar.....	27

## **CAPÍTULO 2**

### **UN MODELO DE TRABAJO: CENTRO DE ATENCIÓN A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR (CAVI).....29**

- 2.1. Historia y generalidades.....29
- 2.2. Organización del CAVI.....31
- 2.3. Atención del usuario.....32
  - 2.3.1. *Intervención en crisis*.....34

## **CAPÍTULO 3**

### **DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PSICÓLOGO Y DEL PERITO PSICÓLOGO EN EL CAVI.....36**

- 3.1. Evaluación.....36
  - 3.1.1. *Dictamen psicológico*.....38
    - 3.1.1.1. *Entrevista psicológica del adulto receptor de violencia familiar*.....39
    - 3.1.1.2. *Entrevista psicológica del menor receptor de violencia familiar*.....41
    - 3.1.1.3. *Entrevista psicológica del generador de violencia familiar*.....43
- 3.2. Intervención terapéutica.....45

## **CAPÍTULO 4**

### **PROPUESTA SOBRE EL PAPEL DEL PSICÓLOGO Y EL PERITO EN EL TRABAJO INSTITUCIONAL CON LA VIOLENCIA FAMILIAR.....52**

- 4.1. Evaluación y capacitación del psicólogo y del perito.....52
  - 4.1.1. *Evaluación*.....52
  - 4.1.2. *Inducción*.....53

4.1.3. Capacitación.....	54
4.1.3.1. Taller.....	59
4.2. Intervención terapéutica.....	61
4.2.1. Evaluación psicológica.....	61
4.2.1.1. Entrevista.....	62
4.2.1.2. Pruebas psicológicas.....	63
4.2.1.3. Observación.....	65
4.2.2. Modelos de intervención terapéutica.....	65
4.2.2.1. Intervención en crisis.....	66
4.2.2.2. Terapia breve.....	71
4.2.2.3. Terapia de grupo.....	73
4.2.2.4. Terapia familiar.....	76
4.3. Supervisión de casos.....	83
4.3.1. Grupo de supervisión.....	89
4.4. Investigación psicológica en el CAVI.....	91

<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>94</b>
-----------------------	-----------

<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>106</b>
-------------------------	------------

<b>ANEXOS.....</b>	<b>113</b>
--------------------	------------

# INTRODUCCIÓN

La violencia en general se puede observar a diario indirecta o directamente, cada día cobra la vida de miles de personas y otras tantas tienen que vivir con sus consecuencias para siempre (Navarro y Ravelo, 2005). Pero no sólo está en las calles, ya que en el hogar también se reproduce.

Hablar de violencia familiar resulta contradictorio, pues es en la familia en donde el ser humano nace, crece, se desarrolla y aprende a vivir, se transmiten valores y formas de relación por lo que es considerada la base de la sociedad.

Pero uno de los estilos de vida que puede ser difundido en las familias es la violencia (Gelles & Levine, 2001; Pérez, 2001). Así la familia es quizás el grupo social más violento, en tanto que el hogar es el medio idóneo para reproducir esta violencia, ya que a diario se generan conflictos entre sus miembros, lo que derrumba la idea de que en casa rigen el equilibrio y la armonía (Stith y Rosen, 1992). Para aceptar que no en todos los hogares reinaban la paz y el amor, tuvo que pasar mucho tiempo, en el que diferentes movimientos feministas buscaron y lograron que este problema fuera de interés político, dando paso a la legislación para sancionar, prevenir y erradicar la violencia familiar (Ramírez, 2006). Desde entonces han sido muchas las investigaciones que han dado luz a este fenómeno, demostrando que su magnitud y prevalencia son muy altas, además de que sus consecuencias pueden ser muy graves, las cuales generalmente son visibles pero también suelen ser imperceptibles a simple vista (Almenares, Louro & Ortiz, 1999; Hirigoyen, 2000; Castro y Riquer, 2003).

La violencia familiar tiene diferentes formas de expresión: violencia física, violencia psicológica, violencia sexual y violencia patrimonial (Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar; NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar; Díaz y de la Garza, 2003). Cada una de estas formas ha sido tema de interés para los estudiosos del fenómeno y en las investigaciones realizadas en torno a este problema en forma global, se han resaltado gran cantidad de variables que se relacionan de alguna forma con la violencia familiar: nivel socioeconómico, escolaridad y grupo de edad (mientras más bajo, más riesgo), haber sufrido abuso o violencia durante la infancia o haber sido testigo de ella, condición de ocupación propia y de la pareja, número de hijos, consumo

de alcohol y asimetría de poder en la pareja, así como una ideología de los roles de género (Buvinic et al., 1999; Deslandes, 2000; Díaz-Olavarrieta et al., 1999, 2001; Garza & Díaz, 1997; Moreno, 1999, citados en Castro y Riquer, 2003).

Pero a pesar de la preocupación que existe sobre la magnitud y las consecuencias de la violencia familiar, ésta no disminuye, al contrario, su aumento se ve reflejado en los números que presenta el gobierno del Distrito Federal, por ejemplo, ya que tan sólo durante el primer trimestre del 2007 fueron 4 202 casos de receptores atendidos de los cuales mujeres y niños representan el mayor porcentaje, sin embargo también los hombres acudieron por ayuda (Portal de la Dirección General de Igualdad y Diversidad Social, 2007).

Se observa que la violencia familiar es un fenómeno social que altera la estabilidad física y emocional de los receptores y de otros familiares que viven en la misma casa, convirtiéndose así en un problema de salud pública que impacta los servicios de salud públicos y privados, además a diferentes instituciones que pretenden atender este problema desde una perspectiva multidisciplinaria, brindando servicios que cubran el área social, el área legal, el área psicológica y el área médica.

Un ejemplo es el Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI) institución que tiene como objetivo proporcionar los servicios necesarios para atender integralmente las consecuencias de la violencia familiar. El centro cuenta con diferentes áreas de atención, pero lo que se abordará específicamente en este trabajo es la unidad departamental de atención psicológica y se describirán las actividades que realizan el psicólogo y el perito para después formar una propuesta que mejore la atención de los usuarios en dicha área.

En el capítulo 1 se mencionan las principales características de la familia resaltando que el estereotipo familiar más común ha quedado atrás dando paso a nuevas estructuras familiares. Después se refiere a la violencia familiar y a sus particularidades más comunes: magnitud, tipos de violencia, el receptor y el generador, el ciclo de la violencia y sus consecuencias.

En el capítulo 2 se describe el CAVI, sus generalidades dentro de las cuales se mencionan sus programas y objetivos. La organización de sus diferentes áreas y como cada una de estas realiza su trabajo. Y la atención al usuario, en la que se relata el proceso que sigue la persona que llega al CAVI solicitando ayuda por vivir violencia familiar.

En el capítulo 3 se hace una descripción de las actividades del psicólogo y del perito dentro de la unidad departamental de atención psicológica. Estas actividades se muestran en 2 bloques: la evaluación y la intervención terapéutica. En cada uno se señalan sus componentes y sus características.

Por último, en el capítulo 4 se realiza una propuesta de cuatro elementos. El primero es la capacitación que abarca un curso de inducción y un taller en el que se trabajarán los siguientes temas: la familia, la violencia familiar y los modelos terapéuticos.

El segundo elemento es la intervención terapéutica y la evaluación psicológica. Para este punto se propone como modelo de intervención la terapia familiar, además de incluir información sobre los modelos terapéuticos que ya se utilizan en el centro: terapia breve y terapia de grupo.

El tercer elemento de la propuesta es un grupo de supervisión de casos para que se revisen los temas que han sido difíciles de manejar durante la atención a los usuarios y que causaron conflicto en el psicólogo, por lo que servirá también de grupo de contención, en el cual podrán expresar sus sensaciones y sentimientos respecto a su trabajo.

Por último se recomienda que en el CAVI existan proyectos de investigación para empatar la teoría con la práctica y sustentar aún más el trabajo de intervención y evaluación del centro.



# CAPÍTULO 1. VIOLENCIA FAMILIAR

En este capítulo se mencionan diferentes modelos de familia, su estructura y sus funciones. Después se refiere a la violencia familiar como un problema de salud pública y se muestran algunos datos epidemiológicos con la finalidad de expresar su magnitud.

Más adelante se describen los tipos de violencia familiar, su ciclo y consecuencias, además se mencionan características del receptor y del generador.

## 1.1. La familia

El grupo familiar es considerado el más importante de los grupos estructurales y el elemento básico de la sociedad. Respecto a lo cual Messner (1960) señala que sin la familia no podría existir esta última. En este sentido el tipo de familia más conocido y señalado como típico socialmente es la familia nuclear. Lowie (1936) refiere a este modelo familiar, como la unidad social fundada sobre el matrimonio, compuesta por padres e hijos, siendo sus características principales las siguientes:

- Generalmente se inicia con el matrimonio<sup>1</sup>
- Es un grupo transitorio que aumenta conforme nacen los hijos y se reduce cuando éstos se casan o dejan el hogar.
- Existen lazos estrechos de afecto y solidaridad.
- Habitualmente viven bajo un mismo techo.

Mendieta (1974), menciona que el parentesco es un componente esencial en toda la familia, el cual puede ser de tres tipos: consanguíneo, se da entre aquellos que descienden de un mismo progenitor; de afinidad o político, se origina con el matrimonio; y el civil, se produce de la adopción.

Actualmente existen otras modalidades de familia. Por ejemplo, la amplia o extensa formada por varias generaciones incluidos otros parientes, como son los tíos, las parejas de estos, sus hijos y los abuelos, etc. (Sorokin, 1938; Burin & Meler, 2001).

---

<sup>1</sup> Se piensa que la familia es la base de toda sociedad, por lo que es importante que esté bien integrada; para ello el Estado procura establecer normas jurídicas con ese propósito. El fundamento legal de la familia es el matrimonio, que es la unión legal y voluntaria de dos personas de diferente sexo con el fin de formar una familia. Sin embargo, no siempre es así, ya que la unión de una pareja no siempre es sustentada legalmente, se puede realizar a través del compromiso de ambos por permanecer juntos y realizar lo necesario para formar una familia.

Las familias monoparentales sólo se componen por uno de los padres, quien se encarga de sus hijos y es el sostén económico (Jiménez, 2005). Burin y Meler (2001) señalan que una familia puede estar formada solamente por una pareja que viva en unión libre, no necesariamente tienen que estar casados y/o tener hijos. Estas parejas pueden ser heterosexuales, homosexuales o lésbicas. Las familias reconstituidas son aquellas en las que una madre o un padre divorciados, viudos o solteros se unen en pareja nuevamente y viven con los hijos de ambos o de uno solo (Eguiluz, et al., 2006).

Actualmente ya no se habla de un sólo tipo de familia (ver anexo 1), se han dado cambios en su organización a través del tiempo con la finalidad de buscar un equilibrio que mantenga la funcionalidad familiar.

### **1.1.1. Estructura y funciones**

La familia es un grupo e institución social, con una estructura identificable basada en roles que cada integrante debe desempeñar de acuerdo a su historia de vida y al contexto en el que se ha desarrollado, además de las interacciones entre las personas que realizan esos roles. De manera que las funciones familiares, como sus estructuras, son bastante variables de acuerdo a los parámetros de las diferencias culturales, pero poseen raíces universales (Anda, 2004).

En cuanto a las funciones de la familia, los sociólogos, generalmente consideran cuatro muy importantes: 1) la regulación de la actividad sexual, para no permitir a las personas involucrarse de manera libre en comportamientos sexuales cuando y con quien quieran, 2) la reproducción para perpetuar el linaje a través de los hijos, reemplazar a los miembros de la sociedad que han muerto o emigrado y así mantener a la sociedad viva de generación en generación, 3) la socialización de los niños, debe dárseles educación, cuidados físicos y emocionales, enseñarles el idioma, valores, normas, creencias, tecnología y habilidades de su cultura, por último 4) el sostenimiento económico, ya que el compromiso familiar primario es proporcionar comida, refugio, protección, cuidado de la salud y otras necesidades para sus miembros, incluso aquellos que son jóvenes o viejos, incapaces de mantenerse por si mismos (Gelles & Levine, .2001; Pérez, 2001).

Por otro lado, la teoría sistémica refiere las funciones de la familia a través del transcurso de las etapas que ésta sigue, inicia con la pareja, en este comienzo tendrá que haber grandes cambios de cada uno, realizarán transacciones, para lograr una mutua acomodación y una asimilación de las preferencias del otro y consolidar su relación. Con el nacimiento de los hijos y el crecimiento de los mismos, habrá reacomodos y se implementaran nuevas funciones para enfrentar los requerimientos del niño, de atención y alimentación. Entonces la familia se reorganiza para lograr la adaptación y reestructuración que les permita seguir desarrollándose y propiciar que los niños se desenvuelvan como miembros de una sociedad, con sentido de pertenencia. Así la única función que ha sobrevivido a todos los cambios es la de ser fuente de afecto y de apoyo emocional para todos sus miembros y en especial para los hijos (Minuchin, 2001). Respecto a esto último, Messner (1960) señala que el niño necesita de la casa y por lo tanto de la familia, que cuide de la satisfacción de sus necesidades vitales, de la condición de su desarrollo, de su despliegue y de su felicidad; y lo mismo cabe decir acerca de el hombre y de la mujer adultos.

Las funciones de la familia generalmente son influidas por la sociedad, los integrantes se desempeñan de acuerdo a los roles sociales. Por ejemplo, los hombres son los encargados de proporcionar lo necesario para la satisfacción de las necesidades básicas, como la alimentación, vivienda y educación. Mientras que las mujeres, son quienes se hacen responsables del trabajo del hogar y de la atención y cuidado de los hijos. Sin embargo, la familia moderna ha variado con respecto a la tradicional en cuanto a funciones, composición, ciclo de vida y rol de los padres. En este sentido señala Minuchin (2001) que las pautas de conducta se regulan y mantienen por dos sistemas de imposición: el genérico y el idiosincrásico. El primero se refiere al tiempo que se han mantenido las conductas. Mientras que el segundo señala que estas ya son propias del sistema familiar, por lo que no se cuestionan, siempre y cuando mantengan un equilibrio. Entonces, las reglas permanecen debido al tiempo que se han implementado y a la eficacia funcional, de este modo el sistema se mantiene a sí mismo, conservando las pautas preferidas el mayor tiempo posible y si existieran alternativas que desequilibraran al grupo, surgirían mecanismos para reestablecer el nivel habitual y responder a cambios internos y externos, para transformarse y enfrentar nuevas circunstancias sin perder la continuidad que proporciona un marco de referencia de sus miembros.

Un claro ejemplo de estos dos sistemas de imposición es la jerarquía de poder que existe en algunas familias, los padres e hijos poseen niveles de autoridad diferentes, esta es una pauta de conducta que no se cuestiona, ya es parte de la identidad de los individuos y permite que el sistema familiar se mantenga en equilibrio (Martínez & Bonilla, 2000). Pero las jerarquías pueden ocasionar conflictos, cuando se da el abuso de poder para legitimar la violencia (Barbera & Martínez 2004). Ramírez (2003) menciona que dejar la autoridad a una sola persona puede propiciar trances cuando ésta abusa de esa autoridad, haciendo un mal uso del poder, a través del menosprecio o la violencia para reafirmar el control de unos sobre otros.

Pero, además existen otros factores que influyen en la violencia que se da en casa, entre ellos la tendencia a mantener los roles de género que existen en una cultura que ha sido de tipo patriarcal<sup>2</sup> por muchos años (Barbera & Martínez, 2004; Olaiz, del Río & Híjar, 2004). O simplemente los factores que se generan con la convivencia constante, como son: el tiempo total que están juntos en un mismo contexto; la diferencia de actividades y temas de interés; la fuerza de los vínculos interpersonales; los desacuerdos en las decisiones que afectan a todos los miembros; el control que se ejerce sobre los valores, los comportamientos y las actitudes; el derecho a la privacidad; el hecho de no elegir a la familia; el estrés ocasionado por la relación familiar, además de los problemas económicos, sociales y afectivos; y el conocimiento de la vida íntima de cada integrante, así como de sus puntos débiles, de sus temores y preferencias (Gelles & Straus citados en Corsi, 1999). Estos agentes surgen en todas las familias, pero se complican por la falta de comunicación y la utilización de soluciones inadecuadas, posibilitando que se dé la violencia familiar.

## **1.2. Violencia familiar: un problema de salud pública**

Anteriormente la violencia familiar era ignorada social y legalmente, pero gracias a las denuncias que durante largo tiempo fueron realizadas y sustentadas con una serie de encuestas y estudios cualitativos, sumados a las graves consecuencias y a la gran

---

<sup>2</sup> Barbera & Martínez (2004), señalan que el pensamiento patriarcal es esquemático y lineal, considera únicamente la perspectiva de los varones convirtiéndose en un pensamiento reduccionista.

cantidad de población afectada, es que se retoma desde entonces como un problema de salud pública (Híjar, 1997; Ramírez, 2006). Entidades como la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la Organización de Estados Americanos (OEA) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), avalan que este fenómeno es de gran envergadura y graves consecuencias, reafirmando como un problema mundial que afecta a la salud de las personas que lo viven, provocando una gran demanda de hospitales y servicios de urgencia, reafirmando que la violencia familiar es un problema de salud pública, debido a la morbilidad y mortalidad que produce a nivel nacional (Díaz, 2002; Valdez & Híjar, 2002).

Por otro lado en México en la década de los noventa, este tema se incorporó a la agenda pública, se le reconoce y estudia, al mismo tiempo que se identifican sus diferentes formas de expresión, tomando en cuenta a todos los integrantes de la familia. Es señalado como un problema social cuyo impacto afecta la calidad de vida de las personas y su capacidad productiva en la sociedad (Valdez & Híjar, 2002).

La violencia familiar como fenómeno nacional, preocupó a diferentes sectores del país, por lo que se buscó establecer los criterios que debían observarse para la atención y orientación médica, jurídica, social y psicológica de los receptores, para modificar las formas de vida y de relación, a través de la reeducación y erradicación de las conductas violentas (Instituto Mexicano de Investigación de la Familia y Población A. C., 1998; Instituto de la Mujer, 1999). Un ejemplo de esto es la aplicación de la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar a partir de 1996 en el Distrito Federal (Agenda Penal del Distrito Federal, 2004), donde se instituyen las bases y procedimientos para prevenir o en su caso atender a cualquier persona sin distinción de edad o sexo que viva una situación de violencia familiar. Tres años después, en 1999 se crea la Norma Oficial Mexicana *Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar* (2000), para delimitar los criterios que correspondían observarse para la atención médica y la orientación en caso de vivir violencia familiar. Recientemente se expidió la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007), en donde se incluye en el Título II Modalidades de la Violencia, el Capítulo I: De La Violencia en el Ámbito Familiar. Para tipificar el delito de violencia familiar.

Sí bien es importante reconocer, cómo a través de la historia se van dando cambios, creando y aplicando ciertos reglamentos que tienen como objetivo eliminar o

en el mejor de los casos castigar la violencia familiar (como acto cotidiano), se debe tener presente que a pesar de dichas leyes y de las terribles consecuencias que provoca este problema, continúa manifestándose en sus distintas expresiones, pues de cierto modo se permite la violencia familiar socialmente, debido a una serie de elementos que forman parte de la cultura: la educación, los valores, la historia de los sujetos que se ven involucrados como generadores y receptores, etc. Lo cual, impide que este hecho sea denunciado y por tanto, se mantenga en la impunidad o que sólo sea reconocido de forma indirecta, ya que los motivos por los que se acude al servicio de salud suelen ser sólo las secuelas del evento de maltrato de tipo físico o emocional. Marcando con ello la permisividad de la violencia en el seno familiar (Martínez & Bonilla, 2000).

### **1.2.1. Datos epidemiológicos de la violencia familiar en México**

A través de los años, desde que se reconoció la violencia familiar en México se han realizado investigaciones para identificar sus principales características y diferenciar las formas en las que se puede presentar, así como su gravedad y consecuencias. Estos estudios han arrojado datos cuantitativos y cualitativos, que permiten establecer una prevalencia de los tipos de violencia que se presentan en los hogares.

Así en el año 2001 Fernández et al., llevaron a cabo el programa “Atención a la violencia en el primer nivel de atención” con la finalidad de detectar, identificar y atender a personas y familias con riesgo o que ya vivan violencia familiar. Este programa se realizó de septiembre de 1997 a diciembre de 1999, se atendieron a 203 pacientes, el 95% fueron mujeres y el 5% fueron hombres (la mayoría de ellos menores de edad referidos por algún familiar, sólo un varón adulto solicitó ayuda por sí mismo). Se observó que en todas las categorías de violencia, incluyendo la violación, los principales agresores fueron los familiares. Mientras que, la depresión, la reacción grave al estrés con trastornos de adaptación y los trastornos afectivos persistentes, fueron los principales diagnósticos y representan el 68.6% del total de la morbilidad por este problema.

A pesar de las consecuencias de la violencia familiar, esta seguía reproduciéndose en todo el país. La preocupación por este fenómeno llevó a diversas instancias federales a realizar la “Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres” (ENVIM) (Olaiz, Rico, Del Río, 2003), en la que participaron 26 042 mujeres de los 32 estados del país. Las principales características demográficas fueron el nivel educativo, la situación laboral y la edad. El 74% son menores de 40 años y la mayoría estaban casadas o vivían en unión libre en el momento de la entrevista. El nivel educativo promedio es de 7.4 años, pero se señala que una de cada 10 mujeres mencionó no haber recibido instrucción formal o ser analfabeta. En cuanto a la condición de actividad, los quehaceres del hogar representan casi la mitad de las entrevistas. Además, se revisaron los tipos de violencia que recibieron durante el transcurso de su vida, se encontró que el 42% fueron golpeadas por padres o familiares en la infancia, un 21.4% mencionaron haber sido insultadas y 16.5% humilladas. Para observar la violencia durante el noviazgo se encuestaron a 1 122 mujeres menores de 20 años, correspondiente al 4.3% que en el momento del levantamiento estadístico refirieron ser solteras y haber tenido o tener novio. Entre tanto, mencionaron que durante el embarazo, 8.4% fueron humilladas, 6.3% obligadas por su pareja a tener relaciones sexuales, 5.3% fueron golpeadas de las cuales un 4.4% del total de las entrevistas refirió haber sido pateada y golpeada en el abdomen mientras estuvo embarazada. Con respecto a la violencia que vivían con la pareja actual en ese momento se obtuvo una prevalencia del 21.5% para el conjunto de los 32 estados y un 3% de ellas señala que la violencia que viven es muy severa y consideran estar en peligro de muerte. Para cada uno de los tipos de violencia de pareja actual los porcentajes fueron los siguientes: psicológica 19.6%, física 9.8%, sexual 7% y patrimonial 5.1%.

Por otro lado el Instituto de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) y el Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo de la Mujer (UNIFEM), realizan la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH, 2003). Este estudio proporcionó información sobre la dimensión, caracterización y prevalencia de la violencia de pareja en México, con el propósito de lograr un mejor conocimiento del problema y de su magnitud. El total de mujeres entrevistadas fueron 19 471 972, de las cuales 9 064 458 reportaron haber vivido por lo menos algún incidente de violencia en los últimos 12 meses y representan el 46.6%. En violencia emocional 7 474 242 reportaron haber vivido al menos un

incidente y representan el 38.4%. Reportaron haber vivido violencia física por lo menos una vez 1 527 209 y el porcentaje es de 7.8%.

Tiempo después, se realizó la Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal (EMPAM-DF, 2006) (Giraldo, 2006). Participaron 619 personas, de entre 60 y más de 90 años de edad, se reportó que 70 mujeres y 30 hombres habían recibido algún tipo de maltrato en los últimos 12 meses en que se aplicó la encuesta<sup>3</sup>.

Por último, se mencionan algunos datos relacionados con violencia familiar, recabados de los casos atendidos en el trimestre de enero a marzo de 2007 en las siguientes instancias ubicadas en el Distrito Federal (Portal de la Dirección General de Igualdad y Diversidad Social, 2007):

- El albergue para mujeres que viven violencia familiar en el Distrito Federal registró en este periodo, 24 casos de mujeres receptoras entre 20 y 40 años de edad, mientras que los generadores fueron hombres entre 22 y 62 años de edad. El maltrato psicoemocional estuvo presente en un caso y el psico físico sexual en los restantes 23. Los menores atendidos en este albergue, fueron 28 niños y 23 niñas, entre 1 y 17 años de edad, todos solteros, 23 de los cuales acudieron por maltrato psicoemocional y 28 por daño psicofísico, pero, además en 3 niños se reportó descuido por omisión.
- La red de Unidades de Atención y Prevención de la Violencia Familiar (UAPVIFs) atendieron un total de 2 424 mujeres y 94 hombres, entre 8 y 97 años de edad. La violencia familiar ejercida hacia los receptores fue Psicoemocional para 2 421 mujeres y 93 hombres; psicofísica para 2 041 mujeres y 70 hombres; psicosexual para 1 879 mujeres y 48 hombres; por último psico físico sexual para 2 039 mujeres y 69 hombres. Los generadores de violencia para estos casos fueron 122 mujeres y 615 hombres.
- El DIF atendió 171 casos de menores entre uno y 17 años de edad, de los cuales 87 son niñas y 84 son niños. Los generadores fueron 67 mujeres y 27 hombres, entre 18 y 60 años de edad. La violencia ejercida hacia los menores se específica en maltrato por acción y maltrato por omisión. Dentro de la primera

---

<sup>3</sup> Actualmente la Secretaría de Desarrollo Social del Distrito Federal y la Dirección General de Igualdad y Diversidad Social, a través de su página en Internet, ponen a disposición del público en general, las estadísticas de violencia familiar de las diferentes instancias que trabajan con violencia familiar en el Distrito Federal.



forma están el daño psicoemocional, realizado a 38 mujeres y 56 hombres. Y el daño psicofísico ejercido a 24 mujeres y 37 hombres. Y dentro del daño por omisión se encuentran el descuido de 52 mujeres y 33 hombres y el abandono, pero no se reportó ningún caso durante este trimestre.

- El Instituto de las Mujeres señala 402 casos reportados de maltrato psicoemocional, 294 casos de maltrato psicofísico, 69 casos de psicofísicosexual y por último 29 casos de psicosexual. El número total de personas atendidas fue de 647.

De lo anterior, se observa que en la mayoría de los casos, los receptores fueron mujeres y niños, aunque también hubo hombres que acudieron a pedir ayuda por haber vivido violencia familiar, sin embargo la diferencia es notable. Pero quizá esta diferencia se deba a que generalmente se considera que la mujer es la principal receptora, mientras que al hombre se le considera el generador, así que las encuestas y estudios sostienen esta teoría y sólo se enfocan en encontrar datos que la sustenten. Respecto a esto, Castro y Riquer (2003) señalan que los hombres muestran resistencia para hablar del maltrato que ellos reciben y declinan de solicitar atención por miedo a las burlas y al temor de ser rechazados.

### **1.3. Violencia familiar y sus principales características**

Resulta importante ahondar sobre el concepto de violencia familiar, para tener presente sus características y sus distintas representaciones, ya que generalmente se identifica como elemento principal la violencia física, debido a que deja huellas visibles en el receptor y por lo tanto es más fácil de tipificar, pero no es la única forma de maltrato que existe, también se da la violencia sexual, psicológica y patrimonial, estas no dejan huellas visibles, sin embargo pueden dañar seriamente al receptor, dando paso a la desestabilización emocional del mismo, lo cual se remarca con los datos mencionados anteriormente.

Entre los autores que han conceptualizado este problema, se encuentran Echeburúa (1996) y Giberti (2005), quienes señalan a la violencia familiar como un conjunto de agresiones constantes (físicas, psicológicas y sexuales) que se viven en las

relaciones familiares, causando daño físico y psíquico. Así mismo Stith y Rosen (1992), refieren a la violencia familiar como actos violentos que realiza una persona que desempeña un rol marital, sexual, parental o de cuidados hacia otros con los que está vinculado. Stith y Rosen (1992) amplían la definición para aclarar que no sólo se da entre consanguíneos, por ejemplo el abuso conyugal puede aplicarse a parejas ligadas en una relación sexual fuera del matrimonio; mientras que el abuso infantil puede ser ejercido por padres, hermanos, tíos, abuelos, padrastros o parejas que convivan con los padres del niño maltratado. Mientras que el ultraje a los ancianos incluye abusos de parejas, hijos y hermanos. En este sentido Díaz y De la Garza (2003), mencionan que estos actos violentos claramente atentan contra la integridad física o emocional de una persona, debido a la constante presencia del maltrato que generalmente se da en forma combinada o mixta. Entonces, la violencia se puede dirigir a cualquier individuo que esté vinculado en la relación familiar, la cual puede darse en muchos sentidos y en las más inesperadas direcciones por los sujetos que interactúan constantemente como “familia”.

Por último, para expresar el significado de violencia familiar en este trabajo, se expone el término que señala la *Ley de Asistencia y prevención de la Violencia Familiar* del Distrito Federal:

Aquel acto de poder u omisión intencional, recurrente o cíclico, dirigido a dominar, someter, controlar o agredir física, verbal, psicoemocional o sexualmente a cualquier miembro de la familia dentro o fuera del domicilio familiar, que tengan parentesco o lo hayan tenido por afinidad civil; matrimonio, concubinato o mantengan una relación de hecho, y que tiene por efecto causar daño (Agenda Penal del D. F., 2004, p. 2).

Esta ley pretende proteger a cada integrante de la familia, sin importar la edad o el sexo, por lo que no existirá justificación alguna para causar daño y de no cumplir con lo anterior, habrá una consecuencia legal a pagar por el acto violento. Sin embargo, aunque la ley marca límites para evitar la violencia, no siempre resulta como se espera, ya que no todas las personas lo entienden así, debido al arraigo cultural por el derecho a castigar o corregir lastimando al que se lo merece, desde el supuesto del que tiende a hacerlo.

Como ya se mencionó muchos investigadores han realizado estudios sobre la violencia familiar. Por ejemplo, Ramírez (2006) publicó un artículo llamado “La violencia

de varones contra sus parejas heterosexuales: realidades y desafíos. Un recuento de la producción mexicana”. En el cual revisa diferentes investigaciones e identifica sus objetivos y resultados. Remarca que existen factores generales con los que se relaciona a la violencia familiar, como la prevalencia de este fenómeno y la curiosidad sobre la opinión del mismo pero enfatizando el maltrato masculino hacia las mujeres como un problema. Además encontró que se exploraron las implicaciones que conllevaba para el receptor, su familia y el entorno social, principalmente en poblaciones urbanas. Mientras que en poblaciones rurales la metodología utilizada es cualitativa y de tipo histórica. Otra concordancia es el nivel socioeconómico bajo con un mayor índice de violencia familiar, sobre todo de violencia física. Ramírez (2006) menciona que generalmente las investigaciones se centran en los sectores populares, algunos contemplan a los sectores medios y pocos a los sectores altos, por lo que la percepción sobre la violencia de mujeres que pertenecen a distintos sectores socioeconómicos presenta variaciones, en el sector bajo se considera como un aspecto más de la vida cotidiana, en el sector alto se encubre y soslaya; en cambio, en el medio tiene un carácter perjudicial que tiende a denunciarse. En estos estudios, la participación de los varones es nula y lo que se sabe de ellos es a través de lo que las mujeres relatan, pues a pesar de que los hombres no son el objetivo de las encuestas, generalmente son referidos recurrentemente. Se muestran a través de las representaciones que las mujeres tienen de ellos: “quién es, qué actividad laboral desempeña, cuál y cómo fue su vida en la familia de origen, fue o no violentado, de qué tipo de violencia fue objeto y quién ejerció la violencia en su familia de origen” (p. 322). Se podría pensar que este gran impacto de la violencia sobre la mujer quizá este sesgado por obtener solamente información de ellas y no recurrir a los hombres para hacerlos parte de las investigaciones que tienen que ver con violencia familiar, pues se parte de la idea de que el receptor siempre pertenece a un solo sexo.

Siguiendo el sentido en donde se signa a las mujeres como receptoras de la violencia familiar, Valdez et al. (2006) construyen y validan una escala para medir la violencia hacia las mujeres por parte de su pareja masculina y un índice de severidad que permite establecer una dimensión del daño emocional y físico de las acciones violentas de las que son blancos. Ambos instrumentos fueron validados en una muestra con representatividad nacional, ya que utilizaron los resultados de la ENVIM (2003).

Este índice permite identificar los gradientes de la violencia (en general y por tipos) que viven las mujeres.

Por otro lado Almenares, Louro y Ortiz (1999) aplicaron un instrumento confeccionado para identificar familias que viven con violencia y un test de funcionamiento familiar. Se constató que por cada 10 familias de la comunidad valorada, 1,22 (12%) evidencian violencia familiar. Se remarca que la estructura familiar esta compuesta en su mayoría por tres generaciones: abuelos, padres, hijos y otros miembros, caracterizándose por la presencia de ambos padres y se denominó familia completa. Los principales problemas fueron de comunicación, cohesión, estructura de poder, dificultades para vivenciar y demostrar emociones positivas y para cumplir funciones y responsabilidades negociadas en el núcleo familiar. Los tipos de violencia familiar que se apreciaron fueron, la psicológica, caracterizada por hostigamiento verbal, gritos, insultos, amenazas, privación del saludo y falta de comunicación. La violencia física, expresada por bofetadas, empujones, puñetazos y golpizas con o sin objetos. El abandono y la negligencia, sobre todo el descuido de las necesidades de alimentación, abrigo o cuidados médicos. Se estableció una relación directa entre la violencia familiar y el funcionamiento familiar, específicamente con la violencia física, donde la mayoría de las familias fueron disfuncionales, aunque también fue significativa la asociación con violencia psicológica.

Por último, Híjar, Ávila y Valdez (2006), así como Fernández et al. (2001) mencionan que los receptores de violencia familiar no acuden a los centros de salud precisamente por la violencia recibida, sino por las consecuencias de esta, justificando el hecho como un accidente en el que ni siquiera mencionan al generador y el servicio lo solicitan mucho tiempo después del evento de maltrato. Fernández et al. (2001) refieren que en su experiencia la mayoría de los receptores tardan más de 6 meses en pedir ayuda, solicitan la atención en promedio a los dos años y muy pocos solicitaron el servicio en la primera semana cuando las causas fueron violación y abuso sexual principalmente. El maltrato infantil fue la causa por la que menos solicitaron ayuda.

Los servicios de salud deben poner mayor atención al problema de la violencia familiar, pues aunque existen reglamentos para su atención, no todos los profesionistas de este ámbito denuncian que sus pacientes han sido receptores de maltratos dentro de casa y con esta actitud negligente ayudan a mantener los ciclos de violencia familiar.

Las características de la violencia familiar han sido reveladas a través de las diferentes investigaciones que se han realizado sobre esta, pero aún queda mucho por conocer, ya que a pesar del número de estudios hechos se sigue especulando sobre las causas directas y las consecuencias de este problema.

### **1.3.1. Tipos de violencia familiar**

La violencia familiar tiene diferentes formas de expresión, entre las que se encuentran la violencia física, la violencia psicológica, la violencia sexual y la violencia patrimonial. Resulta necesario ahondar sobre estas representaciones para entender el daño que cada una de ellas causa al receptor.

#### **Violencia física**

El tipo de maltrato más representativo dentro de la violencia familiar es el físico, debido a que es el más fácil de tipificar, sus consecuencias se pueden observar instantáneamente, ya que deja secuelas irreparables o curables solamente a largo plazo, posibilitando la muerte.

La violencia física es la expresión explícita del daño que se le causa al receptor, esta forma de maltrato, quizá sea la más peligrosa, ya que los daños son proporcionales al abuso. Este puede ir desde agresiones leves, como un empujón hasta una herida de arma blanca o de arma de fuego, pasando por los apretones, los coscorriones, los jalones de cabello, los jalones de oreja, las nalgadas, las magulladuras, los pinchazos, los cinturonzazos, el envenenamiento, las patadas, los pellizcos, las mordidas, los golpes con el puños o con objetos, las bofetadas, los azotes, el ahorcamiento y las quemadas; provocando lesiones que ponen en riesgo la integridad física de la persona (Díaz & De la Garza, 2003).

Como se observa, la violencia física es cualquier daño directo al cuerpo del receptor a través de los medios más diversos que se puedan imaginar. Otra definición de lo que es este tipo de abuso la proporciona la Ley de Asistencia y Prevención de la

Violencia Familiar del Distrito Federal, en su artículo 3, fracción III, inciso A: “Maltrato Físico: Todo acto de agresión intencional en el que se utilice alguna parte del cuerpo, algún objeto, arma o sustancia para sujetar, inmovilizar o causar daño a la integridad física del otro, encaminado hacia su sometimiento y control.” (Agenda Penal del Distrito Federal, 2004, p. 2)

Esta definición subraya que el objetivo del maltrato físico es someter y controlar a un otro, provocándole algún tipo de daño de forma intencional. Entonces se entiende que este tipo de violencia en menor o mayor grado, lastima y vulnera al receptor de la misma.

## **Violencia psicológica**

El problema de la violencia familiar es muy complejo, no sólo son golpes y moretones, existen formas más sutiles de ejercerla, por lo que en muchas ocasiones no dan cuenta de relaciones de abuso, sino de una forma de interacción familiar. Estas relaciones poco a poco marcan simbólicamente al receptor, dando como resultado un deterioro de su identidad y autoestima, dañando sus relaciones particulares y su adecuado desarrollo emocional (Hirigoyen, 2000). La violencia psicológica se puede realizar con actitudes tan simples, que muchas veces pasan desapercibidas, sin embargo van desgastando las relaciones familiares.

La violencia psicológica puede presentarse como abuso emocional y/o negligencia, donde el generador se muestra hostil con sus comentarios, insulta, amenaza con golpear, abandonar, se burla, critica y desprecia constantemente, volviendo crónica esta situación o simplemente evita intencionalmente satisfacer las necesidades primarias de la familia, como la alimentación, el vestido, la atención médica, la seguridad y el afecto (Lammoglia, 2002; Azaola, 2003).

Para especificar más claramente a la violencia psicológica se retoma la definición de la ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar:

Maltrato Psicoemocional.- Al patrón de conducta consistente en actos u omisiones repetitivos cuyas formas de expresión pueden ser: prohibiciones, coacciones, condicionamientos, intimidaciones, amenazas, actitudes

devaluatorias, de abandono y que provoquen en quien las recibe, deterioro, disminución o afectación a su estructura de personalidad.

Todo acto que se compruebe que ha sido realizado con la intención de causar daño moral a un menor de edad, será considerado maltrato emocional en los términos de este artículo, aunque se argumente como justificación la educación y formación del menor (Agenda Penal del Distrito Federal, 2004, p. 2).

## **Violencia sexual**

La violencia sexual es parte de la violencia familiar, podría parecer increíble que un abuso de este tipo se desarrolle en casa, donde supuestamente se debe brindar amor y protección a todos los integrantes de la misma (Berkowitz, 1993). Pero eso parece una falacia, pues la violencia sexual sucede con mucha frecuencia en la familia, en todos los niveles socioeconómicos y culturales. Los actos de violencia sexual pueden ser muy variados y producirse en circunstancias y ámbitos muy distintos. Algunos son muy sutiles y dejan una vivencia de invasión a la intimidad y de la seguridad. Entre ellos, se encuentran la violación en el matrimonio o en las citas amorosas; las insinuaciones y el acoso sexual, la exigencia de mantener relaciones sexuales bajo amenaza, la negación del derecho a hacer uso de la anticoncepción o a adoptar otras medidas de protección contra las enfermedades de transmisión sexual; el aborto forzado; entre otros (Azaola, 1993; Stith & Rosen, 1992).

Los resultados de la violencia sexual dentro de la familia suelen ser muy graves, afectan la salud física y mental. Las lesiones físicas se asocian con diferentes problemas de salud sexual y reproductiva a corto, mediano y largo plazo. Así como el contagio de enfermedades de transmisión sexual. Además del daño a la salud mental que esto provoca.

La ley de Asistencia y Prevención de la violencia familiar señala como maltrato sexual:

Al patrón de conducta consistente en actos u omisiones reiteradas y cuyas formas de expresión pueden ser: inducir a la realización de prácticas sexuales no deseadas o que generen dolor, practicar la celotipia para el control, manipulación

o dominio de la pareja y que generen un daño. Así como los delitos a que se refiere el Título Décimo Quinto del Código Penal para el Distrito Federal, es decir, aquéllos contra la libertad y el normal desarrollo psicosexual, respecto a los cuales la presente Ley sólo surte efectos en el ámbito asistencial y preventivo (Agenda Penal del Distrito Federal, 2004, p. 2).

## **Violencia patrimonial**

La violencia patrimonial se da cuando uno de los miembros de la familia usa el poder económico para provocar un daño a otro integrante. A los receptores, generalmente las mujeres, se les prohíbe y/o restringe el manejo del dinero y la administración de los bienes propios. Hay destrucción de sus pertenencias; se les niega el sostén de los gastos del hogar; se puede utilizar el poder económico para forzar a la persona a comportarse como el otro quiere; se utilizan los bienes que el receptor ha adquirido o que han construido en familia para beneficio exclusivo del generador; se acumulan deudas a nombre del otro y así obligarlo a entregar el dinero que gana con su trabajo. Las mujeres que viven este tipo de violencia no disponen libremente del dinero, su pareja es el único que decide todo lo relacionado con éste y con las decisiones profesionales y laborales (Manual de prevención primaria de la violencia intrafamiliar, 2004).

### **1.3.2. Receptor y generador de violencia familiar**

#### **Receptor**

La violencia se ejerce y se transmite entre los integrantes del grupo familiar y dependerá del lugar que cada uno ocupe en la estructura jerárquica, de los aprendizajes, de la historia personal y sobre todo de ciertos valores culturales, para ser el receptor o el generador de violencia familiar, pero no implica edad o sexo.

Para especificar a ambos personajes se retoman las definiciones de la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar del Distrito Federal, además de otros



autores que permitirán complementar los conceptos. Primero al receptor: “grupos o individuos que sufren el maltrato físico, verbal, psicoemocional o sexual en su esfera biopsicosexual” (Artículo 3, fracción II, Agenda Penal del Distrito Federal, 2004).

Velázquez (2004) hace hincapié en el receptor de violencia familiar y menciona que éste es el sujeto que recibe la agresión directamente, pero remarca que las personas que son testigos de la violencia física, también resultan afectados.

Las investigaciones sobre violencia familiar en su mayoría se han enfocado a los que se consideran grupos vulnerables, principalmente mujeres y niños, destacando que son ellos los principales receptores de violencia familiar, (Fernández, 1992; Azaola 2001; Bosch & Ferrer, 2002; Ramírez, 2003).

Los ancianos y las personas con capacidades diferentes, también han sido considerados grupos vulnerables, pero las investigaciones sobre la violencia que ellos viven, no ha sido tan documentada como en los dos casos anteriores.

Sin embargo en el Distrito Federal se realizó la EMPAM-DF (Giraldo, 2006), dirigida a adultos mayores, en donde se enfatiza que la violencia hacia los ancianos es un tema al que últimamente se le ha dado mayor relevancia en el país, se asevera que la preocupación por la calidad de vida de los adultos mayores, en México ha ido creciendo y se ha variado en múltiples áreas, por lo que cada día se puede profundizar en los temas relacionados a la vejez y al envejecimiento.

El receptor puede ser cualquier persona, sin embargo, generalmente no se menciona al varón adulto como tal, pero debe quedar claro que él también puede serlo aunque no exista la suficiente información al respecto, lo cual ha provocado que no se de importancia a este tema, pero que es necesario retomar.

## **Generador**

Por otro lado esta el generador de violencia familiar, cabe aclarar que éste no se diferencia por posición social, económica, nivel escolar o religión, ni estrictamente pertenece a un solo género, ya que hombres y mujeres de cualquier edad pueden ser violentos.

La Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar del Distrito Federal, especifica como generador a cualquier persona que realiza “actos de maltrato físico, verbal, psicoemocional o sexual hacia las personas con las que tengan o hayan tenido algún vínculo familiar” (Artículo 3 fracción I, Agenda Penal del D. F., 2004, p. 3)

El ser humano que daña abusa del dominio que ha conseguido sobre sus familiares; así en el momento en que siente que está perdiendo ese control, ejerce la violencia que mejor le haya funcionado o una con mayor agresión, para mantener un orden que le permita sostener su organización familiar. Sin embargo fuera de casa el generador se muestra diferente, acerca de esto Corsi (1999) señala cuatro características del generador de violencia, la primera es su comportamiento en la vida pública, tranquilo, alegre y agradable, por lo que es capaz de controlar su enojo fuera de casa, causando a externos una grata impresión. La segunda característica tiene que ver con su forma de pensar, por tanto, está seguro de que la violencia que ejerce le ayuda a corregir a su pareja o hijos, debido a que no cumplen con las reglas estipuladas en el hogar. La tercera característica es evitar hablar de los sentimientos propios, no acepta que algo le afecta y le lastima, y se mantiene como una persona de carácter fuerte e inamovible. Cuando expresa su enojo lo hace en forma de violencia a su familia. Por último, los generadores de violencia, evitan hablar de sus problemas con otros, ya que necesitan mostrarse como personas coherentes en todos los aspectos de su vida.

Lammoglia (2002), señala que el generador siempre tratará de someter y controlar la voluntad del otro hasta nulificarlo, lo alejará de aquellas personas que podrían ayudarlo, lo aísla de sus familiares y amigos para disminuir sus redes de apoyo. La actitud agresiva del generador se basa en sus debilidades y busca cubrirlas colocándose en una posición de superioridad, rebajando al otro, la violencia la ejerce para elevar su autoestima y adquirir poder, porque en el fondo su autoconcepto es pobre y siente impotencia y una enorme necesidad de admiración y aprobación e intenta conseguirlos aunque sea por la fuerza (Trujillo & Fortes, 2002). Culpa al otro, quien tendrá que cargar con la responsabilidad por completo; después se aprovecha de la culpabilidad del receptor para descalificarlo. Se burla ante cualquier protesta y lo minimiza, ridiculizando cualquier emoción que exprese. El generador está convencido de que él siempre tiene la razón.

En la mayoría de los hogares prevalece la violencia debido a que se ve como algo natural, esta justificado educar con castigos, cuyos límites los pone el que sanciona. Esta justificación se da cuando el generador interpreta las actitudes y palabras de sus familiares como agresiones o rebeldía, piensa que es adecuado escarmentar al que se ha portado mal; no se percibe a sí mismo como generador cuando violenta al que ha violado sus normas. Se ha adjudicado el poder de forzar a los demás para que hagan su voluntad, generalmente está respaldado por la cultura y sus reglas sociales, además de la fuerza física que posee (Martínez & Bonilla, 2000).

La estrecha relación entre generador y receptor puede provocar una dependencia de ambos, así el receptor buscará la cercanía del generador a pesar del riesgo que eso conlleva. Se somete a sus órdenes y deseos permitiendo que la violencia se repita una y otra vez, tornándose un evento cíclico.

#### **1.4. Ciclo de la violencia familiar**

Comúnmente el ciclo de la violencia se relaciona con el maltrato que se vive en las relaciones de pareja, pero no es exclusiva de ellos, pues se puede presentar en todas las relaciones familiares. Este ciclo consta de tres fases.

#### **Acumulación de tensión**

En la primera fase hay acumulación de tensión, ansiedad y hostilidad. El generador muestra enojo por cualquier motivo, inicia su agresión con humillaciones, insultos, indiferencia; poco importa lo que diga o haga su pareja. En esta etapa se viven sucesos violentos menores, el receptor trata de manejarlos, ya ha aprendido cómo, con esto intenta evitar un conflicto mayor. Por lo que no demuestra su enojo, al contrario parece aceptar las agresiones, cree merecer lo que sucede, justifica el maltrato. Pero con el paso del tiempo, la tensión aumenta, es más difícil controlar el enojo, mientras que el generador ante la actividad pasiva de su pareja, mantiene su

actitud agresiva y violenta, no intenta controlarse, por el contrario, cada vez se exaspera más (Walker, 1979).

## **Descarga de la tensión**

Después viene la segunda fase o episodio agudo, cuando toda la tensión que se había acumulado se descarga, la ira del generador está fuera de control, explota y se convierte en un ser totalmente violento incapaz de medir sus actos, mucho menos las consecuencias, por lo que puede llegar al homicidio, mientras que el receptor actúa de diferentes formas, puede soportar el ataque sin defenderse o lo puede hacer, pero de cualquier forma perderá este episodio (Walker, 1979).

## **Luna de miel**

La tercera fase esta caracterizada por el arrepentimiento del generador, así intenta todo lo posible por conseguir el perdón del receptor, hasta lograr la reconciliación, pero las consecuencias de la descarga de tensión pueden ser tan graves, que quizá hayan tenido que acudir al hospital o ya no haya nada que hacer (Walker, 1979).

Sin embargo, a pesar de los resultados de la violencia, el ciclo se repite cada vez con mayor frecuencia, generador y receptor no aceptan que tal vez la siguiente ocasión, ya no podrán librarse de las consecuencias de sus actos, manteniendo una relación violenta. Corsi (1994) menciona el ciclo de violencia se presenta como una escalada de la misma, en donde la primera agresión puede ser de tipo psicológico acompañada de agresión verbal, se atenta contra la autoestima del receptor, haciéndolo sentir débil y deprimido. Se le insulta, se le humilla, se le denigra, se le descalifica, es amenazado con agresión física, después el agresor pasa de la intimidación al acto y golpea con lo que tiene y con lo que puede, hasta que el receptor termina gravemente herido o muerto. Pero a pesar de la culpa que en algún momento llegue a sentir y que tratara de expiar con actos de amabilidad, comprensión y amor, regresará a su conducta violenta.

Mientras que el receptor perdonará y aceptará seguir la relación, a pesar del deterioro de la misma y de su propia persona.

## **1.5. Consecuencias de la violencia familiar**

Las consecuencias de la violencia familiar se pueden observar en cuadros muy graves que afectan las defensas psicofísicas, producen enfermedades, depresión y deseos de morir en los receptores. El maltrato crónico disminuye la expectativa de vida de las personas. Edleson y Tolman (1992) citados en Entel (2004), señalan que las consecuencias no son las mismas en todos, pues se relacionan con la historia, las experiencias, la familia, los amigos, las redes y vínculos sociales en los que interactúa (micro y macrosistema) y de cómo son percibidos por el receptor, así como la peculiaridad social y cultural.

Lo anterior remarca que los resultados en el receptor no son siempre los mismos, pero si se han establecido consecuencias generales, que permitan construir un criterio para la atención y la prevención del maltrato, así como para determinar el grado de afectación que existe en las personas que han vivido violencia familiar.

Con relación a las consecuencias, la Norma Oficial Mexicana Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar (2000) menciona que los daños a la salud de tipo biológico pueden ser retraso en el crecimiento de origen no orgánico, lesiones que causan discapacidad parcial o total, pérdida de años de vida saludable y la muerte. Los daños psicológicos y sociales, pueden ser de alto riesgo, debido a que posibilitan la perpetuación de conductas lesivas, desintegración familiar, violencia social e improductividad.

Esta norma puntualiza las consecuencias como indicadores de cada tipo de violencia familiar. Para el maltrato físico señala hematomas, laceraciones, equimosis, fracturas, quemaduras, luxaciones, lesiones musculares, traumatismos craneoencefálicos, trauma ocular, entre otros. Las consecuencias psicológicas que refiere son autoestima baja, sentimientos de miedo, de ira, de vulnerabilidad, de tristeza, de humillación, de desesperación, entre otros; trastornos psiquiátricos, ansiedad, estrés postraumático; abuso o dependencia a sustancias; ideación o intento

suicida. Con la violencia sexual se pueden presentar lesiones o infecciones genitales, anales, tracto urinario u oral, alteraciones en el funcionamiento social e incapacidad para ejercer la autonomía reproductiva y sexual.

Las consecuencias de la violencia familiar no son específicas de algún tipo de maltrato, ya que cada quien percibe de forma diferente su historia y lo que en ella sucede, pero lo que se puede decir a partir de lo anterior es que cualquier tipo de violencia tiene consecuencias que pueden pasar desapercibidas o ser tan graves y capaces de ocasionar hasta la muerte.

La violencia familiar es un problema de salud pública, afecta a hombres y mujeres de todas las edades sin exclusión de clases sociales, etnias o religión. Está presente en la mayoría de los hogares de alguna u otra forma. Sus consecuencias pueden ser muy graves, los daños pueden ser irreparables y manifestarse en diferentes esferas (cognitiva, afectiva y conductual), limitando a la persona en su vida diaria y sumergiéndola en un círculo vicioso.

En el siguiente capítulo se describirá una institución que trabaja con la violencia familiar: el Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI) y que busca atender a las personas que sufren por este problema.

## **CAPÍTULO 2. UN MODELO DE TRABAJO: CENTRO DE ATENCIÓN A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR (CAVI).**

La violencia familiar ha tomado gran relevancia dentro del país, por lo que diferentes instancias gubernamentales y no gubernamentales han decidido participar en la detección y tratamiento del problema para evitar que se siga reproduciendo y para brindar apoyo a las personas que viven con este fenómeno.

Así el Gobierno de la Ciudad de México ha venido aplicando diferentes programas para trabajar con la violencia familiar y combatirla en sus diferentes formas de expresión. Sin embargo para cumplir con los fines de este trabajo, se hará referencia en forma extensa, únicamente del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar creado en 1990 por acuerdo del Procurador General de Justicia del Distrito Federal.

### **2.1. Historia y generalidades**

El Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI) es una dependencia de la Dirección General de atención a víctimas del delito de la Subprocuraduría de atención a víctimas del delito y servicios a la comunidad de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal. El CAVI ofrece atención y apoyo a la ciudadanía cuando esta acude en busca de ayuda por vivir violencia familiar. El propósito del CAVI es reforzar los vínculos familiares, previniendo y sancionando las conductas antisociales mediante tratamientos específicos y sugerencias, dependiendo de la problemática que se presente.

El CAVI se crea a través del Acuerdo A/026/90 (ver anexo 2) que realiza el Procurador General de Justicia del Distrito Federal, publicado en el Diario Oficial de la Federación el viernes 5 de Octubre de 1990. De esta forma el CAVI empezó a brindar sus servicios a la comunidad en general, actualmente se ubica en las instalaciones de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, en la calle General Gabriel Hernández # 56 planta baja, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtemoc (ver anexo 3).

Con un horario de atención al público de lunes a domingo de 9 a 19 horas, los 365 días del año.

El objetivo del CAVI es: administrar, planear e instrumentar el auxilio integral a víctimas de la violencia familiar, mediante atención médica, jurídica, psicológica y social, a fin de desarticular la violencia dentro de la familia, a través de la sensibilización de la comunidad en general, contribuyendo a la erradicación y reducción de los índices delictivos de la Ciudad de México, brindando asesoría en materia penal y familiar, atención médica de primera asistencia y de certificación de lesiones, intervención especializada de trabajadores sociales, intervención jurídica entre las partes afectadas por la violencia familiar, seguimiento de indagatorias relacionadas con violencia familiar, tratamiento psicológico a víctimas directas de violencia familiar, actividades preventivas a la violencia familiar mediante charlas de difusión y concientización de la comunidad, visitas domiciliarias y valoración psicológica con objeto de determinar su afectación emocional para fines legales (Portal de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, 2007).

Para llevar a cabo lo anterior el CAVI cuenta con los siguientes programas:

- Programa Atención Social a Víctimas Directas e Indirectas de la Violencia Familiar, su objetivo es, brindar a las víctimas de la violencia familiar, asesoría sobre sus derechos y alternativas legales y proporcionar terapia individual o en grupo, así como asistencia médica y apoyo de trabajo social para desalentar las prácticas violentas.
- Programa Atención psicoterapéutica a Víctimas del Maltrato, su objetivo es, brindar terapia psicológica, de preferencia grupal, a mujeres receptoras de violencia familiar, a través de modelos reeducativos de terapia breve, a efecto de suspender la violencia en la familia, que es uno de los factores criminológicos más importantes.



## 2.2. Organización del CAVI

El CAVI cuenta con una organización (ver anexo 4) que le permite atender las principales necesidades que surgen con respecto a la violencia familiar. Primero se encuentra la *Dirección de Área*, encargada de supervisar cada sección y el cumplimiento de los objetivos ya establecidos de las mismas, además de vincularse con otras dependencias de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, con la finalidad de otorgar servicios completos y de calidad a todos los usuarios. La Dirección evalúa los procedimientos y el trabajo de todas las personas que laboran en el CAVI, para mantener la eficiencia o mejorarla y alcanzar las metas de cada una de las áreas. Por último se encarga de la divulgación y difusión del grave problema que representa la violencia familiar, se dirige a la comunidad en general para favorecer la sensibilización y concientización de la misma.

A cargo de la Dirección se encuentran la *Subdirección de Atención Psicosocial* y la *Subdirección de Atención Legal al Maltrato*. La *Subdirección de Atención Psicosocial* se encarga de brindar la atención psicoterapéutica y de la prevención de la violencia familiar. Diseña, actualiza y supervisa los tratamientos para que sean adecuados a cada caso. Esta subdirección tiene a su cargo la Unidad Departamental de Trabajo Social, la Unidad Departamental de Tratamiento Psicológico y la Unidad Departamental de Proyectos de Atención al Maltrato Infantil.

Mientras que la Subdirección de Atención Legal al Maltrato se enfoca en el plan de atención jurídica, recaba información sobre el origen del maltrato; busca optimizar los trámites para brindar una atención completa que permita al usuario llevar a cabo un proceso legal con resultados favorables para el mismo. Realiza la indagación de los factores desencadenantes de la violencia familiar para poder realizar proyectos en donde se analicen y comparen estos factores, de tal forma que se establezcan medidas preventivas y de acción a seguir, además de realizar estadísticas que informen sobre los tipos de violencia, los rangos de edad, el género, la actividad laboral y el domicilio, estos datos se cuantifican para determinar por Delegación el número receptores y generadores de violencia familiar. También se encarga de investigar los recursos con los que cuentan las diferentes dependencias del Gobierno del Distrito Federal para

apoyar al receptor y reducir los gastos económicos en caso de existir la necesidad de un juicio jurídico.

La Subdirección de Atención Legal al Maltrato tiene a su cargo la Unidad de Atención Jurídica al Maltrato, la Unidad de Proyectos de Seguimiento y la Unidad de Proyectos de Análisis y Estudio comparativo de la Violencia Familiar.

### **2.3. Atención del usuario**

Cada una de las áreas busca desempeñar los programas del CAVI. El *Programa de Atención Social a Víctimas Directas e Indirectas de la Violencia Familiar*, se cumple en el momento que llega la persona a solicitar apoyo por vivir violencia familiar. Se atiende al usuario a la entrada en barandilla, en donde se registran sus datos tomados de su credencial de elector, es muy importante que el domicilio pertenezca al Distrito Federal, de no ser así, se le canaliza al centro de ayuda más cercano a su municipio en el Estado de México o en cualquier otro estado de la República Mexicana.

Si es la primera vez que la persona acude al CAVI, se le proporciona un número para abrir su expediente, conocido como Cédula de Maltrato (CM), pero si es subsecuente (ya ha sido atendida anteriormente en el CAVI), entonces ya cuenta con un carnet y con dicho número, por lo que se dará seguimiento al usuario retomando sus antecedentes de violencia familiar.

Después de haber pasado el filtro de la entrada, el usuario es atendido por la unidad departamental de trabajo social, en donde una trabajadora social se encarga de iniciar el expediente con la CM, en donde se recaban los datos generales y la información de los hechos de violencia sucedidos, se brinda apoyo y asesoría social con el objetivo de que la persona pueda establecer claramente su escenario y decidir que es lo que necesita para cambiar su situación actual y mejorarla por salud propia y la de los suyos. Para esto la trabajadora social después de haber obtenido la mayor información posible del receptor: su historia, su contexto, su familia, su situación legal con respecto a su pareja, el número de hijos, su situación laboral, etc., entonces tendrá que realizar un plan de atención social para que el usuario lo pueda implementar y de forma concreta termine con la violencia familiar que hasta ese momento ha vivido. El

éxito de dicho plan de atención depende de la decisión del usuario para llevarlo a cabo, ya que necesita aceptar y entender que su situación no es normal y merece vivir sin ser maltratado. A través de este plan se proporciona a la víctima los servicios necesarios planteando opciones reales de solución, para frenar la violencia y construir relaciones familiares positivas y sanas para todos los integrantes de la misma.

Al concluir la trabajadora social, envía a la persona al área que se requiere para que continúe siendo atendida. Cuando el usuario llega golpeado será enviado al servicio médico, en donde un profesional en esta materia, certificará las lesiones. El usuario ira acompañado por un abogado para que a él le sea entregado el reporte de las lesiones físicas a causa de los golpes que recibió, así como la gravedad de las mismas. Esta información servirá para determinar como proceder en contra del generador.

El servicio médico trabaja las 24 horas del día, los 365 días del año; se ubica en la Agencia cincuenta de la Delegación Cuauhtemoc, dentro del Bunker de la PGJDF a un costado del CAVI, por lo que se encarga de revisar no sólo a los receptores de violencia, también a todos los detenidos, para determinar si están bajo los efectos de alguna droga o sustancia de consumo prohibido.

Después de haber sido explorado por el médico, el receptor es llevado de regreso al CAVI, en donde será atendida por los abogados de la unidad de atención jurídica al maltrato.

En esta área se proporciona toda la información que el usuario requiere para que realice cualquier proceso reglamentario con el fin de conseguir sus derechos correspondientes si decide proceder legalmente en contra de la persona que lo ha violentado. Pero también se le hace consciente de sus obligaciones y de las consecuencias del procedimiento. Por lo general la asesoría esta relacionada con la patria potestad, retención y pensión alimenticia de los hijos, además del trámite de divorcio. Después de haber brindado la atención y recabado los datos necesarios, los abogados realizan un informe que entregarán en la Subdirección de Atención Legal. Esta información permite a la unidad de proyectos de seguimiento crear los expedientes para llevar todo el asunto legal. Por otro lado a la unidad de proyectos de análisis y estudio comparativo de la violencia familiar se apoya en la indagación efectuada para trabajar en las medidas de acción y prevención a corto, mediano y largo plazo, aptas para todos los usuarios en general.

Mientras tanto, la trabajadora social proporciona a la unidad departamental de tratamiento psicológico la CM para abrir el Expediente Psicológico (ver anexo 5) y programen su primera entrevista (ver anexo 6), la cita se anota en la libreta del Departamento de Tratamiento. De este primer encuentro se desprenderá la información necesaria para que el psicólogo decida si es adecuado que el usuario lleve a cabo el proceso terapéutico en grupo o de forma individual, la decisión generalmente es influida por la demanda de atención que vive el centro, ya que son cientos de personas las que acuden al CAVI a diario, así que las psicólogas por conveniencia de tiempo y espacio habitualmente asignan al usuario a los grupos para la terapia, ellos eligen como mejor les convenga por distancia y tiempo, ya que existen diferentes horarios y días. También se anota la cita en el carnet que se le da al usuario, este es personal y deberá presentarlo cada que acuda al CAVI, ya que será su pase de entrada a la terapia y su récord de citas. Es importante aclarar que las citas son otorgadas hasta tres meses después de que la persona acudió al CAVI por ayuda.

### **2.3.1. Intervención en crisis<sup>1</sup>**

Aunada a las actividades antes mencionadas, existe otro tipo de mediación que se conoce como intervención en crisis, que debería ser la atención de primera instancia para los usuarios debido a la situación que vivieron como parte de la violencia familiar pues generalmente llegan en un estado de shock o con las emociones a flor de piel.

Sin embargo esta atención no se da a pesar del daño físico y psicológico. Primero tiene que pasar por barandilla esperar y tomar su turno, esto a pesar de mostrar claros signos de afectación emocional, lo único que se hace en ese momento es pedirle que se calme, ya que hay otros en sus mismas condiciones, aunque no se haya realizado ninguna valoración para identificar la gravedad de la crisis en la que se presenta cada persona, pero eso no importa, lo único que vale es la hora en que llegó y la cantidad de gente que esta antes. Al ser atendido, por fin, no es recibido por un psicólogo, el usuario debe pasar primero con la trabajadora social para que realice su

---

<sup>1</sup> Este es el nombre que se le da a la intervención que hace el psicólogo cuando el usuario requiere de ayuda para aclarar sus ideas y comunicarlas a la trabajadora social.

expediente y le proporcione su CM, ella podría ser quien diera los primeros auxilios psicológicos (Slaikeu, 1996), pero no está capacitada para hacerlo.

La intervención psicológica anticipada sólo se da cuando el usuario no es capaz de expresar en forma coherente sus ideas a la trabajadora social, esto pasa después de que se ha intentado realizar el expediente y el usuario no puede relatar en forma clara los hechos por los que se encuentra en el centro, entonces se pide ayuda a la psicóloga para que sea ella quien obtenga los datos que se requieren para iniciar con el proceso de atención del CAVI. Se dice entonces que se ha realizado la “intervención en crisis”.

Como ya se mencionó el CAVI es una institución cuyo objetivo es ayudar a las personas que viven situaciones de violencia familiar. Para cumplir con este objetivo cuenta con programas enfocados a este fin, además del personal para atender cada área. Sin embargo como veremos en el siguiente capítulo la realidad no es tal cual se divulga, ya que los servicios se han deteriorado debido a la inmensa carga de trabajo y a la falta de personal ampliamente capacitado.

## **CAPÍTULO 3. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PSICÓLOGO Y DEL PERITO PSICÓLOGO EN EL CAVI**

En este capítulo se describe el proceso de atención psicológica desde una perspectiva de experiencia personal que se vivió durante el servicio social en el CAVI. Este periodo duró 6 meses, tiempo en el que se trabajó en la unidad departamental de atención psicológica.

El capítulo describe el proceso de atención psicológica y de todas las actividades de ambas profesiones, entre las que se encuentran: la evaluación así como, la intervención terapéutica.

### **3.1. Evaluación**

En el CAVI la evaluación psicológica es empleada para obtener un dictamen psicológico pericial que junto con otros elementos que recaba el MP, determinan la afectación psíquica del receptor e identifican las características propias del generador de violencia familiar.

Dentro del marco de la evaluación se encuentra la entrevista que es muy importante, generalmente a través de ella es que siempre se obtiene la mayor cantidad de información por parte del usuario. Durante toda la evaluación psicológica en el CAVI se está observando al usuario: al realizar la entrevista y al momento en que ejecuta los test proyectivos. De estas observaciones, complementa el perito psicólogo las conclusiones del dictamen psicológico pericial. Después de la entrevista se utilizan pruebas o tests proyectivos para complementar la evaluación psicológica y elaborar el dictamen psicológico pericial. Entre las pruebas más utilizadas se encuentran el test de dibujo de la figura humana de Machover (véase Drawing-a-Person Test, Machover, 1949), el test del dibujo de la familia de Corman (Esquivel, Heredia & Lucio, 1999), el test de la casa el árbol y la persona de Buck (véase The House-Tree-Person Test, Buck, 1964), el test de frases incompletas de Rotter (véase Rotter Incomplete Sentences Blank, Rotter & Rafferty, 1950) y la prueba Gestáltica Visomotora de Bender (véase Bender-Gestalt, Bender, 1938).

La aplicación es individual, el perito o prestador de servicio social pide al usuario que en una hoja blanca realice el dibujo de una persona lo más completa posible . Al terminar se indica al usuario que anote del mismo lado del dibujo su nombre, edad y fecha de ese día y que en la parte de atrás escriba una historia de ese personaje. Después debe dibujar otra persona del sexo contrario al que realizó, con los mismos datos y con la historia correspondiente. Esta prueba es el test proyectivo de la figura humana de Machover. Posteriormente el usuario debe dibujar una casa, un árbol y una persona (House-Tree-Person), al terminar debe escribir la historia de esos tres elementos en conjunto. Las dos pruebas se aplican a adultos receptores y generadores de violencia familiar, mientras que a los niños, que generalmente llegan como receptores, se les pide que hagan, además de estos tests, el dibujo de una familia (test del dibujo de la familia de Corman, citado en Esquivel, Heredia y Lucio, 1999), en el caso de que el niño no pueda dibujar o escribir por causa del maltrato recibido, se trabaja el test de frases incompletas de Rotter, el aplicador le dice las frases y anota las respuestas del niño. posteriormente se platica con la persona para extraer información sobre el dibujo y lo que cada personaje representa para realizar las historias pertinentes, porque generalmente son representaciones de su familia y de la violencia que han vivido en ella. Se tiene que anotar cualquier conducta o comentario del usuario y señalar que sexo dibujó primero, estas observaciones ayudaran a calificar las pruebas. Cabe mencionar que la gran demanda de atención, ha provocado que los servicios en el CAVI se limiten a tiempo y espacio, así que se trata de atender a un mayor número de personas como sea posible. De esta forma los prestadores de servicio social realizan actividades que les corresponden a los peritos, como es en el caso de las pruebas, ellos califican y realizan el reporte de las mismas.

Los prestadores de servicio social ya han cursado la licenciatura de psicología o la están cursando, entonces se puede pensar que tienen el conocimiento suficiente para valorar las pruebas psicológicas que se manejan en el CAVI, sin embargo no cuentan con la experiencia necesaria para detectar esos detalles significativos que señalan características propias de las personas que las hicieron. Aun así son ellos quienes aplican y califican las pruebas. También firman la evaluación de las mismas, pero dejan un espacio para que la líder coordinadora plasme su firma al inicio.

Para calificar existen formatos en los que se describe cada rasgo que probablemente se encuentren en el dibujo. Entonces sólo es necesario revisar el dibujo

y los formatos de calificación para encontrar las características psicológicas de cada persona. Justo lo que se busca con el dictamen psicológico: características propias del generador de violencia familiar o características que determinen que un receptor de violencia tiene afectación psicológica.

Después de anotar todo lo que se encontró con los tests proyectivos y realizar el reporte en el formato correspondiente, el prestador de servicio social anexa la información al expediente del usuario, el perito ya no revisa esta información y sólo en algunas ocasiones observa las pruebas. En si la información derivada de la aplicación de los tests no se utiliza para dictaminar, sin embargo el Ministerio Público cree que así se hace, pues el peritaje se deriva de una valoración psicológica completa. Los peritos sólo basan el dictamen en la entrevista que tuvieron con el usuario y de esta determinan y concluyen.

### **3.1.1. Dictamen psicológico**

La entrevista psicológica es el formato estructurado que se emplea para realizar el dictamen psicológico, por solicitud del MP, la petición se formaliza a través de un oficio dirigido a la Directora del CAVI, en el que se especifica el estudio que requiere para dictaminar la afectación psicológica del receptor, quien ha denunciado el maltrato que recientemente ha recibido. El plazo para entregar este estudio es de 72 horas<sup>1</sup>, ya que después de este tiempo, el presunto responsable (posible generador de violencia familiar) queda libre de cualquier imputación en su contra. Se dictamina si el presunto responsable cuenta con las características psicológicas para ser generador de violencia familiar.

---

<sup>1</sup> Código Penal del D. F. Cap. II, Art. 297 (Agenda Penal 2004).



### **3.1.1.1. Entrevista psicológica del adulto receptor de violencia familiar**

La entrevista psicológica del adulto receptor de violencia familiar (ver anexo 7) debe contener los datos generales del receptor, el motivo de consulta, en este rubro se anotan los datos del oficio: la delegación, el turno, el número de la Fiscalía Desconcentrada, el delito denunciado, el nombre del MP y el estudio que solicita. Pues ha sido el MP quien remite al usuario al CAVI para que se le practique la valoración psicológica.

Se escribe una breve descripción de los hechos recientes de violencia que sólo incluya los momentos en que sucedió, sin recabar historia. Se especifican los tipos de violencia que ha recibido: violencia física, violencia física pasiva (por omisión), violencia sexual y violencia emocional (moral). Además se anota la frecuencia victimal como, los antecedentes de maltrato en las diferentes etapas de la vida. Cuando ya se han identificado los tipos de violencia, se señalan las consecuencias del maltrato en las diferentes áreas: cognitivas, afectivas, conductuales, somáticas, sexuales y psicosociales, lo cual se desarrolla de la siguiente forma:

En las funciones cognitivas se observa la atención-concentración, si es dispersa o fija; la memoria si es mediata o inmediata, la incapacidad para recordar el evento traumático o partes del mismo. Alteraciones del pensamiento, como la estructura del tiempo: acortamiento y/o lentitud, o bien las fantasías catastróficas, fantasías en torno a soluciones mágicas y racionalización excesiva, además del curso del pensamiento y por último la disminución en la capacidad de: análisis-síntesis, planeación-anticipación, toma de decisiones y la resolución de problemas.

Dentro de las alteraciones afectivas, se observa: negación, represión e inhibición de los sentimientos, labilidad emocional, irritabilidad, resentimiento, enojo, ira, rabia, inseguridad, temor, miedo, horror, terror, cansancio, desgano, apatía, abatimiento, agotamiento, tristeza, dolor, angustia, ansiedad, soledad, desamparo, vergüenza, culpa, impotencia, indignación, desmerecimiento, inadecuación, humillación agobio, fracaso, decepción, desilusión, desesperanza, duda, desconfianza, aplanamiento, limitación y negación del afecto. En afectación de la autoestima se toma en cuenta: el concepto de sí misma, en la imagen propia, valoración negativa o minusvalía como la capacidad, aptitudes o cualidades; el autorespeto, la autoresponsabilidad y en la autorealización.

En algunos casos se señala si existen fobias –debido a qué–, si hay desplazamiento de sentimientos –cuáles y hacia quien–, además de marcar la tolerancia al maltrato y a la frustración en uno de los dos niveles: alta o baja.

Las alteraciones conductuales incluyen: hipoactividad, hiperactividad, hiperdefensividad, disminución de la asertividad, agresión abierta y encubierta, sumisión, autoagresión, onicofagia, exposición a factores de riesgo, intentos suicidas, bajo control de impulsos, desinterés en actividades significativas, descuido en el arreglo personal, aislamiento, marginación, hipervigilancia, celotipia, conductas repetitivas, respuestas exageradas de sobresalto, ataques de ira, conducta histriónica, tics nerviosos, autoestimulación (balanceo, jugueteo con el pelo, anillos, etc.), delegar responsabilidad, adicciones a drogas, alcohol, tabaco, comida, ... Codependencia –hacia quién–, la expresión verbal (verborrea, lentitud, poca fluidez, excesivamente concreto, monosilábico, repetitivo, incisivo y mutismo selectivo) y el tono de voz (alto o bajo).

En las alteraciones somáticas se abarcan trastornos en la alimentación, trastornos del dormir, digestivos, somáticos diversos y el contagio de enfermedades de transmisión sexual (especificando éstas).

Las alteraciones en la sexualidad se dividen, en la mujer se señalan alteración del deseo sexual, trastornos de la excitación sexual, trastorno sexual por dolor (dispareunia) y anorgasmia; y en el hombre se marcan las anteriores y los trastorno de la erección, incapacidad para obtener la erección e incapacidad para mantener la erección, así como el descontrol del reflejo eyaculatorio.

Los aspectos psicosociales comprenden el ámbito familiar, social y el económico, la dinámica familiar, la comunicación, insatisfacción de necesidades afectivas como: contención de sentimientos, contacto afectivo, apoyo, aceptación, autonomía, realización y afecto.

En el ámbito social: desculpabilización del generador de violencia, justifica la agresión sexual, mitos en torno a la supremacía masculina, estereotipos socio-culturales rígidos, limitación o restricciones de la convivencia con familiares, amistades, vecinos o compañeros de trabajo, disminución en la habilidad para el establecimiento de relaciones interpersonales, sobrevaloración del medio, ausentismo laboral o escolar, cambios en la realización de actividades cotidianas, reducción paulatina de las redes de apoyo, temor a la crítica y/o rechazo social, evitación o rechazo a las personas del

mismo sexo que el generador de violencia, timidez frente a las personas del mismo sexo que el generador de violencia.

En el ámbito económico se investiga sobre las necesidades de laborar ante la insuficiencia económica, abandono del empleo ante la presión del generador, postergación de necesidades propias y de los hijos, dependencia de un tercero para cubrir necesidades básicas, pérdida de artículos en el hogar sustraídos por el generador, gastos extras derivados de eventos de maltrato, descuentos por inasistencia laboral relacionados al maltrato, gastos en asesoría legal y/o atención psicoterapéutica, cambios de residencia para salvaguardar la integridad personal y familiar; permite el control absoluto de sus ingresos, permite la imposición de criterios sobre el gasto familiar, si es auto suficiente económicamente pero requiere del generador.

Al final del formato de la entrevista se realizan las conclusiones anotando la afectación que existe en cada área, se especifica el tiempo que la víctima requiere de terapia y el costo económico promedio de la misma, referido de instituciones privadas, lo que también permitirá establecer la fianza que el agresor tendrá que pagar. Se agrega alguna bibliografía de violencia familiar y se firma por el perito, agregando el número de cédula profesional.

### **3.1.1.2. Entrevista psicológica del menor receptor de violencia familiar**

La valoración psicológica para menores (ver anexo 8) varía de la del adulto en los siguientes puntos: especifica la violencia sexual señalando si hubo contacto físico o no lo hubo. Por ejemplo se incluye el exhibicionismo, la masturbación delante del menor, la observación del menor desnudo, el relato de historias con contenido erótico-sexual, la proyección de imágenes o películas pornográficas y la realización intencionada del acto sexual en presencia del menor. Abuso sexual, violación y corrupción de menores.

En la esfera cognitiva se agregan los pensamientos de muerte, las ideas sobre la muerte como destino asociadas o no, con angustia, con miedo y la evocación suspirosa de la muerte, es decir deseos de muerte, habituales o esporádicos.

Alteraciones afectivas se complementa con: cambios bruscos de estados de ánimo, extrema falta de confianza en si mismo, desconfianza en otros, alerta constante, zozobra; desmotivación (no vale la pena), sentimiento de derrota (falta de fuerzas o energía “no puedo”), valoración negativa (“no soy guapo, no soy listo, no soy bueno”) e incapacidad para el disfrute.

En alteraciones conductuales se incluyen: tendencia a los accidentes, complacencia al adulto, encubrir al agresor, Identificación con el agresor, conductas regresivas; micción involuntaria o enuresis, encopresis, desobediencia, dificultad en el seguimiento de instrucciones, sollozos, demanda exigente de afecto y/o atención, exagerada necesidad de ganar o sobresalir, conflicto de lealtades, apego ansioso a la figura maltratadora, tendencia a mentir y/o atribuir la responsabilidad a otros y no a sí mismo; con respecto a lo escolar se interroga sobre el bajo rendimiento, los cambios bruscos en la conducta; el ausentismo; el retraso en el desarrollo y el desinterés en actividades significativas.

Se agrega un espacio para señalar indicadores de la existencia de violencia sexual en el menor, como el dolor, los golpes, las quemaduras o heridas en la zona genital o anal; irritación en la vulva o ano e infecciones de transmisión sexual en genitales, ano o boca. Además del miedo generalizado, la hostilidad, la agresividad, la culpa, la vergüenza, la ansiedad, el rechazo al propio cuerpo, el estrés postraumático, el conocimiento sexual precoz o inadecuado para su edad, la masturbación compulsiva, la excesiva curiosidad sexual, conductas exhibicionistas, agresión sexual del menor hacia otros menores, miedo hacia determinado miembro de la familia, rechazo hacia determinado miembro de la familia, conductas regresivas repentinas, alejamiento de actividades, lugares o personas relacionadas con el suceso de violencia sexual, evitación de conversaciones asociadas al suceso de violencia sexual, rechazo de las caricias, de los besos y del contacto físico y con ello se observa el nivel elevado de alerta y respuesta de sobresalto.

Al final se anotan los objetivos terapéuticos específicos siguientes:

- Reconocer e identificar el maltrato vivido.
- Identificación y expresión de los sentimientos derivados de la experiencia del maltrato.
- Autoevaluación positiva.

- Eliminar estrategias de afrontamiento inadecuadas para enfrentar el maltrato; reconocimiento de comportamientos alternativos que le eviten exponerse al maltrato.
- Detección de sus necesidades personales con base a sus derechos como individuo.

El dictamen psicológico es fundamental para sustentar la sentencia del presunto responsable (generador) acusado de violencia familiar o lesiones, ya que a partir de las pruebas recabadas por el ministerio público, se fijará el monto económico de la fianza o el tiempo que el agresor pasará recluido en un penal.

### **3.1.1.3. Entrevista psicológica del generador de violencia familiar**

El dictamen psicológico pericial, no sólo se realiza al receptor, también al generador de violencia familiar y hasta antes de determinar su responsabilidad es llamado presunto responsable (PR), el psicólogo del CAVI tiene muy presente esto, ya que al redactar el dictamen no puede usar palabras como responsable o agresor, porque el MP requeriría de su presencia para demostrar los hechos en los que se basa para etiquetarlo de tal forma. Sin embargo a pesar de no poder ser culpado hasta después de haber reunido las pruebas necesarias, ya se encuentra detenido, debido a que ha sido denunciado por el receptor o un tercero que ha decidido tomar cartas en el asunto, quien tendrá que declarar y responsabilizarse del proceso legal que ha iniciado. Es cuando el MP solicita al CAVI el estudio pertinente para comprobar si es culpable o no lo es.

La finalidad de esta valoración es identificar características del generador de violencia y señalar cada aspecto de las diferentes esferas de la persona: conductual, cognitiva, afectiva y sexual. Lo que permitirá obtener datos sobre posibles trastornos en cualquiera de ellas. No hay un formato establecido para este dictamen, no hay rubros para llenar, se realiza la redacción de los hechos sucedidos, basados en la descripción del PR, a partir de lo cual se sigue una entrevista semidirigida, con el objetivo de conseguir información que permita identificar si existe violencia de algún tipo y si el entrevistado es capaz de llevarla a cabo conscientemente y por lo tanto intenta ocultarlo

o manipular al perito, con el propósito de no ser sentenciado. Sin embargo deben anotarse los factores desencadenantes del maltrato y en contra de quien se ejerció la violencia, así como los tipos de la misma. Esta información se obtiene después de haber establecido un ambiente de confianza, en algunas ocasiones, sobre todo cuando los generadores ya tienen conocimiento de lo que les espera al ser encontrados culpables y no contar con el dinero para pagar la fianza, niegan los hechos y acusan al receptor de provocar la violencia y ser parte de la misma; se muestran ofendidos, se defienden y se justifican diciendo que fue accidental lo que paso. El PR trata de agradecer al perito y pedirle que no lo meta a la cárcel, demuestra arrepentimiento y promete no volver a cometer los mismos actos violentos.

Durante la entrevista el perito puede hacer anotaciones que le permitan redactar su informe, deberá separar los datos obtenidos en las áreas o esferas ya mencionadas, al final concluirá aseverando o rechazando que la persona entrevistada tiene características de generador de violencia familiar, ratificando que se basa en la bibliografía especializada para tal efecto.

El CAVI también maneja el formato de entrevista psicológica del maltratador de menores (ver anexo 9), del Centro de Investigación Victimológica y de Apoyo operativo (CIVA), para realizar los dictámenes del generador de violencia familiar, sin importar si la agresión fue dirigida a un menor o un adulto. Sobre todo si el tiempo es limitado y urge entregar el estudio al MP. Dicho formato, al inicio contiene los espacios para anotar el número de expediente, se registra la fecha de entrevista, el nombre del psicólogo que entrevistó, el número del grupo y el nombre del terapeuta, si es que ya ha estado en grupo de pacientes en CIVA, aunque dicho dato no es relevante para el CAVI, ya que el estudio es para determinar si hay responsabilidad o no, y debe entregarse antes del plazo indicado por el MP. En este primer espacio se asienta el número de averiguación previa. Se escribe el nombre, género, edad, estado civil, escolaridad, ocupación, domicilio y por quién es referido; el motivo de consulta con una reseña muy concreta del por qué se encuentra detenido, puntualizando el momento en que sucede la violencia.

Con este formato se facilita el dictamen, así que los peritos optan por utilizarlo y entregar de esta forma sus resultados y conclusiones. Debido a que el dictamen psicológico pericial es muy importante y se presupone que el perito encargado de llevarlo a cabo con responsabilidad, sin embargo, la responsabilidad se deteriora en el

momento en el cual la demanda del servicio se vuelve casi insostenible, esto es muy común los fines de semana, en este horario sólo trabaja un perito en la mañana de 9:00 AM a 3:00 PM y otro en la tarde de 3:00 a 7:00 PM. Un solo perito no puede cubrir todos los dictámenes, a pesar de que es apoyado por los prestadores de servicio social. Esta presión ha ocasionado que trabajen de mal humor, los dictámenes se realizan sin ningún cuidado, no se profundiza en el estudio, muchas veces los resultados y las conclusiones son copias de otra entrevista, sólo se cambian los nombres de los usuarios. El horario de fin de semana incluye los días festivos, estas fechas (algunas más significativas que otras, como navidad y año nuevo), con el simple hecho de serlas se vuelven estresantes, pues todos los peritos se presentan a trabajar en forma obligada, llegan tarde, en ocasiones no asisten, trabajan de mal humor, desvelados y sin ánimos. Algunos han exteriorizado la necesidad de estar con sus familias y pasarla bien, otros tienen el conflicto de no saber con quien dejar a sus hijos esos días. Esto provoca que cuando hay trabajo, se haga lo más rápido posible y si ya va a ser su hora de salida no les importa que aún no terminen, ellos se van y dejan a los usuarios sin atender.

### **3.2. Intervención terapéutica**

Como ya se mencionó la violencia familiar se puede dar en cualquier sector social y económico, esta violencia no es específica de un sólo género, pero si es más frecuente observarla de hombres a mujeres y de adultos a niños, por lo que el principal usuario del CAVI es la mujer. Por lo anterior la atención que se brinda en el CAVI es para mujeres, así que son psicólogas las que llevan a cabo los procesos terapéuticos y las entrevistas, se da mayor importancia al sufrimiento de la mujer, signándola como víctima y señalando al hombre como generador. Los grupos se forman únicamente de mujeres. Cuando un hombre solicita por ayuda por ser receptor de violencia, no se le manda a grupo solamente se lleva a cabo la primera entrevista y en ella se le señalan las posibles opciones que tiene para resolver su problema, de esta forma no se le da la importancia que merece y se marca la diferencia entre géneros.

La persona ya ha pasado con la trabajadora social y con el abogado para la asesoría. Ahora toca el turno al psicólogo, el usuario es citado para la primera entrevista, en ella se recaban los datos del evento de violencia que la usuaria ha vivido, esta entrevista pretende detectar y determinar que tan apta es la persona para llevar el proceso terapéutico en grupo, sin embargo, sólo en casos muy necesarios la terapia es individual. Esta decisión es influenciada por la capacidad de atención que tiene el CAVI.

La intervención terapéutica se basa en un modelo de terapia breve, Kaplan y Sadock (1998) mencionan que algunos de los factores que contribuyen al creciente interés por la terapia breve son los elevados costos por mantener la salud mental; así como la demanda de servicios y la limitada oferta institucional. Justo lo que sucede en el CAVI, se busca cubrir la atención que solicita el usuario en el menor tiempo posible y a bajo costo, por esto se aplica la terapia breve en los grupos. El modelo de terapia breve que se utiliza no es específico, pues no se menciona dentro de la institución el enfoque teórico en el que se basa el proceso, lo que si ha quedado claro es que se le llama terapia breve por el número de sesiones que se realizan con el propósito de enfocar a corto plazo las metas del grupo y obtener resultados en el menor tiempo posible. De forma que se plantean los objetivos en forma concreta para terminar en 13 sesiones máximo y así atender a un mayor número de usuarios en menos tiempo, esto es debido a la demanda que vive el centro.

Con el proceso terapéutico se busca reducir las molestias que presentan los síntomas; restaurar el equilibrio psíquico del usuario y que utilice eficazmente sus recursos, entre los que se encuentran aumentar la sensación de ser dueño de sí mismo, favorecer la adaptación, disponer la reestructuración de los aspectos cognitivos e iniciar cambios de conducta, autoayuda y eficacia en el entorno social. Además que el usuario incremente la comprensión sobre sus trastornos actuales y la habilidad para manejarse en el futuro.

Respecto a la terapia de grupo los objetivos se formulan en forma interpersonal, basados en el contexto grupal para tratar aquí y ahora el tema de la violencia familiar. Referente a esto Klein (1983) citado en Kaplan y Sadock (1998), menciona que los objetivos serán planteados de acuerdo al tamaño del grupo, el número, duración y frecuencia de las sesiones; la disponibilidad de tiempo para llevar a cabo la terapia, además de tener presente el costo económico, así como la experiencia del terapeuta y su capacidad para trabajar orientado a esos objetivos. El CAVI ya tiene establecidos



todos estos lineamientos, pues los grupos son de 30 personas. El número de sesiones, como ya se mencionó es de 13 sesiones de 2 horas cada una.

Por otro lado es necesario señalar que la violencia familiar en las mujeres es socialmente reconocida, lo que quizá sea determinante para que el número de receptoras (mujeres) sea mayor, de forma que los grupos para la terapia son homogéneos desde esta perspectiva, todas son mujeres maltratadas, así que el grupo ofrece algunas ventajas como son la atención de un mayor número de casos, la oportunidad de compartir su experiencia con otros que viven en circunstancias parecidas, además el sentimiento de pertenencia al grupo facilita la reflexión, el intercambio de emociones y conocimientos.

Otra de las características es que son grupos cerrados en el que ya no se admiten nuevos integrantes, a partir de fechas determinadas; lo cual se crea una atmósfera de confianza e intimidad (Garfield, 1979). El límite de tiempo ayuda a que las usuarias se comprometan para lograr un cambio, un crecimiento personal, tomen decisiones, se responsabilicen y ejerzan sus derechos para mejorar su calidad de vida y la de sus seres queridos. En el proceso terapéutico se proporciona información acerca de las conductas que estimulan y mantienen las relaciones violentas en la familia para reconocer el maltrato vivido e identificar los diferentes tipos de violencia familiar, sobre todo explorar si ellas mismas son generadoras, de esta forma se fomenta el insight para que la usuaria se de cuenta de cuáles son sus pensamientos, sentimientos y reacciones hacia la violencia, con ello, reconocer cómo se involucra el usuario en este tipo de violencia. Se busca eliminar estrategias inadecuadas de resolución de problemas, emplear comportamientos alternativos para evitar exponerse al maltrato y la detección de necesidades personales que merece cubrir al igual que sus derechos como individuo. Que se haga conciente y se reeduce acerca de los patrones culturales y sociales a través de los cuales se permea la violencia en el seno familiar.

## Desarrollo del proceso de terapia

Un segundo momento de la intervención terapéutica tiene que ver con el seguimiento que se da a las usuarias dentro de los grupos terapéuticos, los cuales se desarrollan de la siguiente manera (de acuerdo al formato del CAVI):

- La primera sesión se enfoca en la presentación y en la relación terapéutica, se promueve la confianza entre todos los integrantes del grupo, la empatía de ellos hacia el terapeuta y se establecen reglas para todos. El terapeuta se presenta y pide a cada persona que haga lo mismo y comente las razones por las que están ahí. En esta sesión los usuarios muestran mayores niveles de ansiedad, el terapeuta interviene en ese momento para disminuir la angustia, comenta algo gracioso para que poco a poco se relajen.
- La segunda sesión esta encaminada a trabajar con la violencia física por ser la más conocida por los usuarios. Se habla acerca de los sentimientos que se crean cada que reciben este tipo de maltrato, así como sus reacciones y conductas. Al final el terapeuta explica y especifica los otros tipos de violencia y sus consecuencias.
- La tercera sesión se orienta en mayor proporción al maltrato psicológico, los usuarios deben identificar las diferentes formas de violencia psicológica que han recibido. La finalidad en esta sesión es que las usuarias rompan la imagen devaluatoria que poseen de si mismos. También se habla de la violencia sexual y patrimonial.
- La cuarta sesión se dirige a identificar y romper el ciclo de violencia familiar. Después de haber identificado las diferentes expresiones de la violencia familiar y de reconocer que el usuario también participa en que esta se genere, se habla del ciclo de la violencia.
- La quinta sesión se enfoca en diferenciar la culpa de la responsabilidad, se intenta que los usuarios se concienticen y reelaboren terapéuticamente sus culpas y resentimientos.
- La sexta sesión tiene que ver con la cultura y los roles. El terapeuta menciona las conductas estereotipadas y como es que se han establecido roles dentro de nuestra sociedad. Enfatizando que la violencia familiar es un problema

multicausal y de construcción social en donde todos somos partícipes. Se espera que los usuarios identifiquen sus conductas específicas de género.

- La séptima sesión trabaja con la comunicación verbal y no verbal, el terapeuta expone diferentes tipos de comunicación que suelen utilizarse a diario y se hace una reflexión sobre la comunicación que se da antes, durante y después de vivir la violencia.
- La octava sesión pretende que los usuarios sean asertivos. Debido al tiempo que han sido receptores de violencia familiar, existe la posibilidad de que su comunicación no sea adecuada al momento de relacionarse con las demás personas. Es necesario que el usuario pueda establecer límites en sus relaciones personales, de igual forma que exprese sus sentimientos, conductas y opiniones de forma asertiva.
- La novena sesión se dirige a aumentar la autoestima, se trabaja el autoconcepto para revalorar las características propias de cada usuario, tanto físicas como afectivas.
- La décima sesión tiene el objetivo de trabajar con los temores existentes creados después de vivir violencia sexual, se les proporciona a los usuarios información referente a diferentes aspectos sexuales, para que confronten sus temores y puedan ejercer libremente su sexualidad de una forma segura y satisfactoria.
- La sesión once es conocida como el duelo, ya que se habla de la separación del grupo, esta se compara con la separación o pérdida de la pareja o de familiares y amigos. La finalidad es propiciar el cierre de situaciones inconclusas.
- La sesión doce permite establecer estrategias de cambio, para la toma de decisiones. Se confrontan las metas con la realidad de cada usuario. Para lograrlos se recomienda siempre que las metas sean a corto y mediano plazo.
- La sesión trece y última es el cierre, se evalúa el trabajo terapéutico de los usuarios, se comentan sus emociones desde que acudieron al CAVI por primera vez, expresan los cambios que lograron, lo que les faltó trabajar, cómo se sienten y sus sugerencias.

La psicóloga debe concluir y cerrar el expediente grupal e individual. Se debe incluir toda la información de cada usuario y de cada sesión.

Por otro lado cada una de las sesiones debe tener las siguientes características:

- El manejo terapéutico de las limitaciones temporales, sin embargo debido al tiempo establecido, no se atiende individualmente conflictos que se relacionen directamente con la violencia familiar, lo cual puede ocasionar que los usuarios no tramiten adecuadamente sus conflictos.
- La limitación de los objetivos terapéuticos, este proceso se lleva a cabo con la finalidad de observar los recursos del usuario para enfrentar su conflicto con la violencia familiar y reorganizarlos, además de incrementar su confianza en si mismo, por lo que los objetivos que se pretenden alcanzar no pueden estar relacionados con otros temas de conflicto con el paciente.
- Centrar en el presente el contenido de la terapia, no cabe el por qué, sólo el qué y el cómo. No puede retomarse el pasado, mucho menos por ser varios los usuarios con los que se está trabajando, no habría tiempo suficiente para cubrir cada aspecto de la historia de vida de los participantes.
- Manejo directivo de las sesiones por el terapeuta, a pesar de las recomendaciones de que en algún momento el terapeuta pueda cambiar su papel y pasar a ser un miembro más del grupo con conflictos similares, en el CAVI, se mantiene la idea de que la guía tiene que ser de forma directiva, indicando formas o caminos a seguir para modificar conductas, sin perder el rol establecido.
- Valoración rápida; prontitud en la intervención, debido al tiempo, la intervención se hace en forma grupal, con comentarios dirigidos a todo el grupo, pues la valoración ya está hecha desde la primera entrevista, en donde se decidió que el usuario participaría en las sesiones de grupo.
- Flexibilidad por parte del terapeuta, sin embargo en el CAVI, no se da tanto esta característica ya que los terapeutas no cuentan con el tiempo para dar pie a que cada participante profundice y se desvíe del objetivo principal.
- Catarsis como parte importante del proceso, en este aspecto los integrantes tienen permitido expresar sus emociones, llorando, gritando, dibujando y escribiendo, sin embargo no todos logran demostrar sus emociones.
- Establecimiento rápido de una relación interpersonal a partir de la cual obtener influencia terapéutica, la alianza tiene que darse lo más pronto posible para que el grupo funcione y se abra para comunicar y aceptar las intervenciones terapéuticas, pero debido a la carga de trabajo de los psicólogos, este proceso

se ha hecho monótono, por lo que pierden de vista sus funciones, entre las que se encuentra la alianza terapéutica.

- La adecuada selección de pacientes, ya que no todos pueden beneficiarse de un contacto terapéutico breve, sin embargo, en el CAVI la mayoría de los usuarios es enviada a terapia de grupo, a pesar de no ser totalmente aptos para este tipo de proceso.

La intervención terapéutica en el CAVI tiene que cubrir con los requisitos implementados por la misma institución, pero la limitante de tiempo deja abierta la posibilidad de que no se cumplan los objetivos de cada sesión, sobre todo porque las personas asistentes son muchas y puede resultar complicado lograr que todas concluyan satisfactoriamente su proceso.

A partir de lo anterior, se puede observar que el proceso que realiza el CAVI, tiende a dar una postura diferente a la actividad del psicólogo y del perito por lo que en el siguiente capítulo se pretende hacer una propuesta que pueda implementarse en el CAVI con la finalidad de mejorar la atención psicológica.

## **CAPÍTULO 4. PROPUESTA SOBRE EL PAPEL DEL PSICÓLOGO Y EL PERITO EN EL TRABAJO INSTITUCIONAL CON LA VIOLENCIA FAMILIAR**

En este capítulo se realiza una propuesta para mejorar la atención psicológica del CAVI, que se compone de cuatro elementos: 1) Evaluación y capacitación del psicólogo, así como del perito, este primer elemento integra el diagnóstico, la inducción y un taller, para brindar herramientas útiles a estos profesionistas. 2) La intervención terapéutica, en donde se refiere la teoría de los modelos de terapia breve, de grupo, familiar y de intervención en crisis. Además se menciona la evaluación psicológica, se hacen sugerencias para el formato de entrevista, entendimiento del mismo y su aplicación. 3) La supervisión de casos y apoyo terapéutico. Con este grupo se podrá intercambiar información, puntos de vista y sugerencias entre los psicólogos y los peritos, de los casos que ellos consideren difíciles o conflictivos, trabajaran sus propios estados afectivos que surgían de la interacción diaria y que pueden provocar problemas de salud, como el síndrome de burnout. Y por último 4) la investigación, cuyos resultados permitan sustentar la evaluación y la intervención, además de buscar la prevención y el control de la violencia familiar.

### **4.1. Evaluación y capacitación del psicólogo y del perito**

#### **4.1.1. Evaluación**

Para poder implementar un taller de capacitación en el CAVI es necesario evaluar a los psicólogos y a los peritos, hacer un diagnóstico para detectar las necesidades de capacitación que requieren, sobre todo porque no todos cuentan con las mismas habilidades, así se trabajará sobre las deficiencias que requieren ser atendidas para mejorar el desempeño y la atención en la institución, por parte de estos profesionistas. Relacionado con esto, Castro (2004) lleva a cabo un estudio sobre las competencias del psicólogo, realiza y aplica una entrevista (ver anexo 10) para obtener la autopercepción de los entrevistados acerca de sus competencias profesionales. Después realiza un protocolo llamado “Entrevista de Autopercepción de Competencias

Profesionales” (ver anexo 11), este formato establece las competencias con las que debe contar el psicólogo y las califica con una escala tipo likert que va de 1 a 5, quien responde lo hace de acuerdo a su criterio en donde el número más bajo indica que no se siente nada competente, mientras el más alto señala que es muy competente. El objetivo general es “analizar el ajuste entre competencias profesionales del psicólogo y las necesidades de perfiles profesionales para la atención de necesidades concretas de la comunidad” (p. 124).

En este mismo sentido, para los profesionistas de nuevo ingreso la detección de necesidades de capacitación se puede hacer desde los primeros días de trabajo, lo cual favorecería que los nuevos miembros de la institución se integren a su puesto de y al ambiente laboral.

#### **4.1.2. Inducción**

Grados (2003) señala que durante la inducción es importante que se proporcione información que contenga la historia, la evolución, los objetivos de la organización, así como el puesto de trabajo, sus características, sus funciones, la relación con otros puestos, los medios que se utilizan, las expectativas de desarrollo, el salario, los reglamentos, los códigos e instrucciones existentes. Posteriormente debe darse una inducción específica para presentar al nuevo integrante con sus colegas, mostrarle el lugar, señalarle los objetivos del área, las estrategias, entregarle los medios necesarios, explicarle las formas de evaluación del desempeño, las relaciones de jerarquía, los métodos, estilo de dirección que se emplean y otros aspectos relevantes del puesto o área.

Para la inducción el tiempo sugerido es de dos semanas, una hora diario al inicio de la jornada laboral, considerando que en teoría la información no es extensa y se puede cubrir en este tiempo. Además se observó que durante la mañana es cuando los psicólogos se muestran menos agobiados. Los temas que se incluyen para esta actividad son el Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar y Legislación de la violencia familiar en el Distrito Federal como se muestra a continuación:

## **1. Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar**

- 1.1. ¿Qué es el CAVI?
- 1.2. Historia de la creación del CAVI
- 1.3. Objetivos generales del CAVI
- 1.4. Áreas de atención con las que cuenta el CAVI
- 1.5. Población que es atendida por el CAVI
- 1.6. Funciones y responsabilidades del psicólogo y del perito
  - 1.6.1. Evaluación psicológica
  - 1.6.2. Dictamen psicológico pericial

## **2. Legislación de la violencia familiar en el Distrito Federal<sup>1</sup>**

- 2.1. Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar en el Distrito Federal
- 2.2. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia
- 2.3. Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar.

Los contenidos para esta primera etapa de la capacitación se encuentran en el capítulo II y III de este trabajo y las leyes se obtienen de Internet para su consulta. La explicación de cada uno de los temas, puede darse a través de una presentación con imágenes en power point, lo que facilitará y hará más grata la exposición. La persona más indicada para llevar a cabo esta parte de la propuesta es la licenciada Rosario Uribe Pensado quien es la líder coordinadora de la unidad departamental de atención psicológica.

### **4.1.3. Capacitación**

La capacitación dentro de cualquier área, habilita, adiestra e instruye a una persona, la hace competente, esto es, la vuelve apta, para realizar alguna actividad (Larousse, Diccionario de la Lengua Española, 2005). En psicología se menciona que la

---

<sup>1</sup> 2.1.: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/estatal/Distrito%20FEDERAL/Leyes/DF06.pdf>  
2.2.: <http://diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf>  
2.3: <http://www.equidad.df.gob.mx/violencia/nom.pdf>



experiencia es la mejor fuente para capacitar a un psicólogo, ya que a través de la labor diaria se desarrollan las habilidades adquiridas en la licenciatura, como atender gran número de pacientes en un día, realizar los reportes de cada uno, cumplir con un horario laboral, trabajar en equipo para entregar resultados satisfactorios y controlar las propias emociones.

De esta forma, la preparación que requiere el psicólogo para trabajar en el CAVI es la que obtiene en la licenciatura en psicología. Estos conocimientos permitirán que se desenvuelva dentro del centro. Pero, ¿qué tan aptos son para cubrir el perfil laboral de esta dependencia?

La institución académica más representativa del país es la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), así que para referir la capacitación del psicólogo recién egresado, este trabajo hará mención del plan de estudios de la Facultad de Psicología, mismo que es utilizado por las escuelas incorporadas a la UNAM.

Al inicio de la carrera, específicamente durante el tronco común que dura seis semestres, el estudiante recibe los conocimientos básicos de la psicología, antes de iniciar el séptimo se tiene un panorama general de las áreas que se pueden cursar en la licenciatura: psicología clínica, educativa, general experimental, del trabajo, social y psicofisiología.

El área precisa para trabajar como psicólogo en el CAVI es el área clínica, ya que en la dependencia se atiende terapéuticamente de manera individual y a grupos, además de brindar atención en crisis y realizar entrevistas para determinar si el usuario tiene afectación psicológica por vivir violencia familiar o si el presunto responsable de esta violencia cuenta con las características del generador. De tal forma que el psicólogo clínico debe contar con ciertas habilidades y destrezas para realizar las valoraciones psicológicas y asistir a las personas en crisis o para llevar a cabo los procesos terapéuticos o cualquier otra atención psicológica que requieran los usuarios que asisten por ayuda. Se espera que dichas habilidades sean adecuadas, pero en la licenciatura no se ahonda sobre violencia familiar, así que no se conocen sus características, sus consecuencias, su magnitud ni prevalencia. De manera que, aunque el psicólogo sepa evaluar e intervenir, es necesario que adquiera conocimientos en su área laboral. Este propósito se logra con el servicio social que se realiza en la dependencia, ya que se consiguen habilidades y conocimientos efectivos para que los estudiantes o egresados tengan cierta experiencia en su campo de trabajo, sin embargo

no siempre es valorada como tal. En el caso del CAVI sería muy apropiado todo el aprendizaje que se obtiene como prestador, esto debido a la demanda que vive el centro, debido a que se participa en todas las actividades del lugar. Este aprendizaje es empírico, no hay capacitación alguna que permita al estudiante saber exactamente como se lleva a cabo cada proceso psicológico en el CAVI. A pesar de esto se le ordena que realice entrevistas, que aplique, califique e interprete las pruebas psicológicas, que intervenga en estados de crisis de los usuarios y en algunas ocasiones que elabore los dictámenes psicológicos. Parece mucha la exigencia, pero es muy enriquecedor para la personas que realiza el servicio social. Desafortunadamente sólo han sido 3 las contrataciones de los prestadores de servicio social, mientras que las demás se han llevado a cabo por recomendación.

Entonces, el psicólogo se capacita en la licenciatura y al estar fuera con la experiencia laboral, así sucede dentro del CAVI, el aprendizaje para trabajar con violencia familiar se va dando con la interacción diaria y estrecha entre los usuarios con sus vivencias y el psicólogo. Respecto a esto Cullari (2001) señala que para los psicólogos clínicos la experiencia es uno de los mejores maestros en su profesión y refiere que además es necesario un entrenamiento de postgrado. Esto deja ver, que no es suficiente la licenciatura en donde los conocimientos son limitados a un tiempo específico, el cual debe repartirse y abarcar una amplia gama de temas sobre diferentes áreas de la carrera, pero de ninguno en concreto.

En el caso del CAVI la capacitación del psicólogo es muy importante para lograr con eficiencia los objetivos del centro y proporcionar atención integral a los receptores de violencia familiar. Particularmente en la unidad departamental de tratamiento psicológico se otorga apoyo psicoterapéutico breve y de urgencia con la finalidad de reducir los daños psicoemocionales originados por la violencia y se brindan herramientas para salir del círculo de maltrato en el que viven. Es importante asegurar que estos propósitos se cumplan de forma integral y que los psicólogos cuenten con las habilidades para llevarlos a cabo, ayudar al usuario a cambiar su forma de vida y mejorar la calidad de la misma.

En este sentido la necesidad de buscar capacitación para desarrollarse como profesionista, depende de una decisión particular de cada psicólogo y de sus valores personales. Acerca de a esto, Muñiz (1998) señala que la *American Psychological Association* (APA) establece principios éticos generales que deben seguirse para

ofrecer lo mejor como psicólogos: competencia, integridad, responsabilidad profesional, científica y social, respeto por los derechos, dignidad y el bienestar de las personas. Lo que corresponde a la competencia es la preparación profesional, la búsqueda de conocimientos que permitan estar aún más preparado e ir a la par de los avances científicos para lograr un perfeccionamiento continuo. Se entiende que estos principios deben estar presentes en todos los psicólogos y regir su profesión para lograr que su trabajo con cualquier ser vivo sea ético y profesional, buscando siempre un mejor desempeño en todos los aspectos. Pero la necesidad de ejercer inmediatamente terminando la licenciatura, genera que el recién egresado busque trabajo sin que haya podido especializarse. En el CAVI el psicólogo irá adquiriendo la experiencia durante el tiempo que trabaje en el centro y mientras tanto tendrá que desempeñarse como mejor pueda sin un entrenamiento específico, provocando que se dé una mala práctica profesional, posibilitando la mala calidad en la atención del usuario (Del Río, 2005).

Por otro lado, está el perito<sup>2</sup>, su responsabilidad es muy grande, de él depende el examen de la persona o personas que están relacionadas con la investigación del hecho delictivo. Específicamente es el perito profesional o técnico<sup>3</sup> el encargado de practicar los dictámenes relacionado con la investigación del delito y del delincuente (hasta que se compruebe, mientras tanto será llamado presunto responsable) que solicite el MP.

Para obtener el cargo de perito profesional o técnico el psicólogo debe entrar al programa creado por el Gobierno del Distrito Federal en 1998, con el cual se pretende lograr una eficaz investigación y persecución del delito, así como la profesionalización de los cuerpos de seguridad y justicia (Portal de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, 2007).

Este programa busca que los servidores públicos, en este caso, específicamente el perito, forme un expediente laboral que avale su carrera dentro de la institución que incluya sus antecedentes administrativos, penales y profesionales relevantes para que sus evaluaciones y promociones tengan una base sistematizada y cumplan con la

---

<sup>2</sup> Perito.- “Es toda persona a quien se atribuye capacidad técnico-científica, o práctica en una ciencia o arte.”

Peritaje.- “Es el resultado metódico y estructural que nos conduce a la elaboración de un Dictamen o informe que desarrolla el perito en el cual previo examen de una persona, de una conducta o hecho.” (Portal de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, 2007).

<sup>3</sup> “El Perito Profesional o Técnico será responsable de practicar los exámenes técnicos o científicos de las cosas, personas u objetos relacionados con la investigación del delito y del delincuente; de rendir los dictámenes que le solicite el representante solicita o la autoridad jurisdiccional competente o de las comisiones que específicamente se le encomiende.” (Portal de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, 2007).

regularización y profesionalización de los peritos adscritos a la PGJDF. Además, a través del acuerdo número A/003/98 se crea el Servicio Público de Carrera, régimen que establece las condiciones para el personal que desempeñe un empleo, cargo o comisión en la dependencia y así cumplir con su atribución constitucional de investigar y perseguir los delitos de forma legal y honrada, con lealtad, profesionalismo, imparcialidad, eficiencia y eficacia. Simultáneamente deberá participar en los programas de formación que se establezcan para su capacitación, actualización y especialización, a fin de adquirir los conocimientos teóricos y prácticos que conlleven a su profesionalización (Portal de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, 2007).

El proceso para obtener el cargo de perito profesional o técnico, inicia con dos exámenes, el psicométrico y el de conocimientos generales-profesionales con base en una bibliografía que se les notifica previamente. Si aprueba será entrevistado por un panel de representantes de cada uno de los servicios de la institución que designará el Comité de Profesionalización del Instituto de Formación Profesional. Al concluir el proceso se entregarán las plazas en orden descendente, a quienes obtengan las más altas calificaciones. Los aspirantes admitidos ingresarán al curso de especialización en la rama respectiva en el Instituto de Formación Profesional y serán becarios del Instituto durante el período del curso. Los egresados estarán sujetos a tutoría y supervisión durante seis meses en los que se desempeñarán en los servicios relevantes de la institución. Al finalizar este período, de acuerdo con el servicio respectivo, el servidor público será en definitiva perito de la PGJDF.

El perito dentro del CAVI representa la capacitación, su papel se basa en los conocimientos que ha adquirido para desempeñarse como tal dentro del centro, su principal actividad es la evaluación psicológica, para realizar el dictamen psicológico pericial que requiere el MP y emitir una condena del acusado como generador de violencia familiar o desechar la denuncia, este hecho resalta la importancia de dicha actividad, se requiere un nivel elevado de experiencia y objetividad para no emitir un resultado equivocado o sesgado. Pero muchas veces su desempeño se ve afectado por el estrés que les genera la larga jornada de trabajo, presionándolo y alterándolo, dando como resultado una mala atención y pésimas evaluaciones.

Por lo anterior se realiza una propuesta de capacitación a través de un taller que incluye los principales temas teóricos en los que se basa el trabajo del psicólogo y del

perito, aclarando que esto es sólo un panorama general de lo que posiblemente requieran estos profesionistas, pues no se ha realizado un diagnóstico de las deficiencias reales de capacitación. El tiempo total para esta actividad es de 40 horas. Las sesiones serán de 2 horas cada una y se llevarán a cabo los lunes, miércoles y viernes en dos diferentes horarios: de 9:00 a 11:00 AM para los psicólogos y peritos de la mañana y de 3:00 a 5:00 PM para los de la tarde. El taller está organizado en módulos, al inicio se hará la presentación del tema, seguida de la exposición. Después habrá una sesión de preguntas y mesas de discusión. Se aclararán las dudas y se concluirá. Al término se realizarán actividades que reafirmen los conocimientos adquiridos.

Las cartas descriptivas de este taller se presentan en la sección de anexos.

#### **4.1.3.1. Taller**

Una vez realizada la inducción es el momento de llevar a cabo otra vivencia de capacitación, la cual corresponde al taller:

### **ATENCIÓN PSICOLÓGICA DENTRO DE LA INSTITUCIÓN**

#### **OBJETIVOS GENERALES:**

- Adquirir los conocimientos básicos para trabajar en la Unidad departamental de tratamiento psicológico del CAVI.
- Profundizar en argumentos específicos propios de la familia y de la violencia familiar, así como en las principales características de los modelos terapéuticos utilizados en el centro.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Identificar las diferentes formas de relación que se dan en la familia, para reconocer aquéllas que fortalecen y permiten la convivencia, así como aquéllas que la obstaculizan, lastiman o dañan

- Conocer los aspectos relacionados con la violencia familiar, planteando las estrategias de prevención e intervención que se puedan llevar a cabo.
- Reconocer la teoría sobre estos temas para comparar el trabajo realizado hasta entonces y evaluar su funcionalidad.
- Trabajar la teoría sobre los modelos de intervención del CAVI y compararla con el trabajo realizado en el centro.

El taller constará de tres módulos, como se muestra a continuación.

### **Modulo 1: La familia**

- 1.1. Concepto de familia
- 1.2. Ciclo vital de la familia
- 1.3. Funciones familiares
- 1.4. Las relaciones familiares

### **Modulo 2: Violencia familiar**

- 2.1. Concepto de violencia familiar
- 2.2. Tipos de violencia familiar
  - 2.2.1. Violencia física
  - 2.2.2. Violencia psicológica
  - 2.2.3. Violencia sexual
  - 2.2.4. Violencia patrimonial
- 2.3. Ciclo de la violencia familiar
- 2.4. Generador y receptor de violencia familiar
- 2.5. Consecuencias de la violencia familiar

### **Modulo 3: Modelos terapéuticos**

- 3.1. Terapia Breve
- 3.2. Terapia grupal
- 3.3. Terapia familiar
- 3.5. Intervención en crisis, primeros auxilios psicológicos y terapia multimodal para crisis

Se espera que con el taller los psicólogos y peritos del CAVI puedan reafirmar sus conocimientos teóricos a la par de la práctica. La combinación de estos dos

elementos permitirá que haya una mejor comprensión de lo que significa trabajar con personas que viven situaciones de violencia familiar. Esto se ha trabajado por los autores Nutt-Williams, Polster, Rockenbaugh y Judge (2003) citados en Campo (2007) quienes señalan que la formación que se da referente a la violencia familiar debe contar con espacios de entrenamientos en los que se considere la relación personal, subjetiva y genuina con los receptores. Pero manteniendo un equilibrio entre el dominio objetivo que demanda la rigurosidad científica y el dominio afectivo necesario para relacionarse con los usuarios con los que interacciona. De forma que comprenda el fenómeno de la violencia familiar desde una postura científica e intersubjetiva, para que logre un desempeño profesional satisfactorio para él mismo y para las personas con las que labora.

## **4.2. Intervención terapéutica**

### **4.2.1. Evaluación psicológica**

A través de la evaluación psicológica se asigna al usuario a la terapia de grupo o individual en el CAVI. Teóricamente la evaluación psicológica permite recabar datos que servirán para tomar decisiones por parte del evaluador. Bernstein y Nietzel (1986) señalan que en el proceso de evaluación hay cuatro componentes: la planeación de los procedimientos para la obtención de la información, la recopilación de los datos, el procesamiento de la investigación y formación de las hipótesis, finalmente la comunicación de los resultados. En el CAVI la recopilación se da en el momento de efectuar la entrevista y aplicar los tests proyectivos. El procesamiento de esta información y la formulación de las hipótesis se concreta al realizar el dictamen psicológico y obtener las conclusiones. La comunicación de los datos de la evaluación se cumple al entregar el dictamen al MP.

Además de dichos componentes, Buela y Sierra (2001) señalan que la evaluación clínica tiene tres principales metas: clasificación, descripción y predicción. La clasificación es el diagnóstico que permite colocarle a cada persona evaluada una etiqueta: de un lado están los generadores y del otro están los receptores. La descripción son los detalles que permitieron lograr el diagnóstico, se retoman las

cualidades y debilidades del evaluado para planear el posible tratamiento y muchos otros objetivos clínicos determinados. En el CAVI se describen las conductas del usuario y de esta forma se llena el formato de la entrevista. La predicción ayuda en la búsqueda de señales o patrones de respuestas específicas, por ejemplo si es receptor o generador, deben comportarse de formas distintas, pero con ciertas características propias de cada uno.

#### **4.2.1.1. Entrevista**

Dentro del proceso de evaluación se encuentra la entrevista, la aplicación-valoración de pruebas psicológicas y la observación,. Es necesario profundizar teóricamente sobre este tema para lograr una propuesta que sea sustentable y real, además de permitir una mejora en la atención que brinda el CAVI a todos sus usuarios.

La entrevista en psicología clínica tiene un propósito particular, es un instrumento fácil de manejar, flexible, económico y proporciona datos verbales y no verbales del entrevistado. Esta herramienta cuenta con una estructura y puede ser de dos tipos fundamentales: abierta y cerrada. Al ser abierta permite que las preguntas se formulen según se requiera, se puede intervenir si es necesario dependiendo de cada estructura psicológica particular. Y se posibilita una investigación más amplia y profunda de la personalidad del entrevistado (Echeburúa, 1993). Mientras que en la entrevista cerrada las preguntas ya están previstas, su orden y la forma de plantearlas, el entrevistador no puede alterar ninguna de estas disposiciones (Kendall & Norton, 1988). Es en sí un cuestionario que permite una mejor comparación sistemática de datos (Ramírez, 1993).

La información que se obtiene de la entrevista se divide en las observaciones del comportamiento del entrevistado y en los datos que él mismo proporciona voluntariamente o guiado por las sugerencias del entrevistador, puede omitir, hacer referencia a aspectos importantes y falsear consciente o inconscientemente su relato. Esto obliga al psicólogo a valorar la información oral que recibe del usuario. Debe guiarse por su orientación teórica, por los conocimientos que tiene, por su propia experiencia clínica, por la información que busca y la forma en como la evalúa o interpreta. Es muy importante el marco de referencia del entrevistador, su experiencia y



conocimientos especializados para la interpretación de los datos recabados (Garfield, 1979).

Por lo anterior se sugiere que la entrevista sea flexible en función de la situación que se trabaja y de los fines que se buscan. Para esto se sugiere agregar preguntas (ver anexo 12) al formato de entrevista, con la intención de indagar aun más acerca de los hechos ocurridos, sobre la relación familiar y la violencia cruzada para obtener un punto de vista más amplio y emitir los razonamientos justos para el dictamen psicológico pericial. Además, se puede utilizar una entrevista (ver anexo 13) que Navarro y Ravelo (2005) usan para definir tipo de violencia familiar y un cuestionario (ver anexo 14) que permite identificar si las familias son funcionales o no en correlación con la violencia que viven. Ambos formatos pueden emplearse en la entrevista para obtener la opinión del usuario acerca de su forma de vida familiar, haciéndolo reflexionar sobre sus relaciones en casa y su participación en la violencia.

Una opción más para la evaluación es el uso de la escala que mide diferentes dimensiones de la violencia masculina hacia las mujeres en la relación de pareja (ver anexo 15), la cual se obtuvo de una investigación en el ámbito nacional, resultado de la ENVIM (2003, citada en Valdez, Híjar, Salgado, Rivera, Ávila & Rojas 2006). Se entrevistó a un total de 26 042 mujeres, incluyendo aquellas de 15 y más años de edad que acudieron a consulta a los servicios de salud públicos en las 32 entidades del país, durante el mes de noviembre de 2002 y marzo del 2004. Por lo que es muy apropiada para manejarse en el CAVI.

#### **4.2.1.2. Pruebas psicológicas**

Parte de la evaluación es el uso de pruebas psicológicas. Bernstein y Nietzel (1986) señalan que una prueba es la presentación de estímulos planeados escritos u orales que provocan reacciones, las cuales se registran como resultados de la aplicación individual o colectiva. Su finalidad es observar el comportamiento del sujeto en circunstancias controladas, crear una apreciación más exacta de él y obtener indicadores de su personalidad (Garfield, 1979).

Para que las pruebas sean aceptables existen dos componentes de estas que determinan su utilidad. La confiabilidad es uno de los aspectos esenciales de las pruebas psicológicas, sin esta no tendría ningún valor. La confiabilidad es la consistencia de los resultados. El otro es la validez y se refiere a que la prueba mida lo que dice medir.

Los tests proyectivos pertenecen a las pruebas de personalidad, estas examinan las diferencias individuales y las consistencias conductuales en los seres humanos. Pero específicamente los tests proyectivos interpretan las reacciones y respuestas a ellos como un reflejo de la estructura dinámica principalmente inconsciente de la personalidad, son sensibles a las dimensiones inconscientes, propician gran variedad de respuestas, no dejan que se esté consciente o totalmente seguro del significado de estas y no son respuestas correctas o incorrectas, de este modo el proceso de calificación es mucho más subjetivo e inferencial (Kazdin, 2001). Se pueden interpretar de tal forma que proporcionen un panorama integro de la personalidad como un todo, emplean estímulos ambiguos capaces de provocar expresiones de la fantasía de la persona. (Jiménez, 1992).

En el CAVI las pruebas psicológicas se utilizan con la finalidad de identificar en el usuario características de receptor o de generador de violencia familiar para el dictamen. Las más utilizadas son el Dibujo de la figura humana de Machover (véase Drawing-a-Person Test, Machover, 1949), la prueba de la casa el árbol y la persona de Buck (véase The House-Tree-Person Test, Buck, 1964), la prueba de frases incompletas de Rotter (véase Rotter Incomplete Sentences Blank, Rotter & Rafferty, 1950), el dibujo de la familia de Corman (1967, citado en Esquivel, Heredia & Lucio, 1999) y la prueba Gestáltica Visomotora de Bender (véase Bender-Gestalt, Bender, 1938), esta última se interpreta como un indicador proyectivo y de perturbación de la personalidad, ya que se observa la naturaleza y significado simbólico de los errores y distorsiones que comete el usuario al copiar las figuras.

#### **4.2.1.3. Observación**

Por último, la observación es un elemento importante que se realiza durante toda la evaluación como un complemento en la recopilación de datos que permite ampliar y construir el panorama total del peritaje, además de llevar a una comprensión más completa del usuario (Anguera, 1999).

Anguera (1999) señala que el comportamiento de la persona a la que se evalúa da una referencia de lo que dice y de lo que no dice, proporciona indicadores al psicólogo. Y enfatiza que al controlar las respuestas orales para censurar cierta información, le resulta más difícil controlar su comportamiento externo espontáneo. Por lo que el psicólogo o el perito deben observar al usuario según va exponiendo su historia y anotar en que momentos se inquieta, se tensa o cambia repentinamente de información. La observación debe retomarse como parte importante de la evaluación, ya que es una herramienta muy útil para detectar conductas que contradicen la versión del usuario, sin embargo se requiere de experiencia y tiempo para indagar sobre lo que se ha detectado. Garfield (1979) menciona que el entrevistador debe saber qué decir y cuándo decirlo e insistir en ciertas direcciones o cuando guardar silencio y tranquilizar al entrevistado, pero sobre todo debe estar muy atento observando todo el proceso. Remarca que las circunstancias determinarán la estructura de la entrevista.

#### **4.2.2. Modelos de intervención terapéutica**

En el capítulo anterior se mencionó que la intervención terapéutica, se basa en los modelos de terapia breve y de grupo, con la finalidad de atender a un mayor número de usuarios. Pero no quedan claros los enfoques terapéuticos utilizados. Además se habla de intervención en crisis, sin embargo no existe tal en el CAVI. Así que es necesario tener un sustento teórico para establecer una metodología clara y precisa del proceso terapéutico.

##### **4.2.2.1. Intervención en crisis**

Una crisis esta limitada a un tiempo, se sugiere que el periodo de duración es de 6 semanas, sin embargo puede llegar hasta siete meses, en el cual existe una desorganización emocional provocando que la persona en este estado sea incapaz de manejar una situación específica al utilizar estrategias acostumbradas para la solución de problemas. Generalmente existe un suceso identificable que precipita la crisis, el cual debe retomarse con todo el contexto de la persona que sufrió el colapso, además de la historia de vida del sujeto. De acuerdo a lo anterior se reconocen dos tipos de crisis: A) circunstanciales y B) de desarrollo. Esta clasificación menciona que las primeras se suscitan por eventos externos inesperados, por ejemplo un accidente o un deceso familiar; mientras que las segundas pueden suceder en cualquier etapa del desarrollo, específicamente cuando hay interferencia en este proceso. Ambos tipos se ven influenciadas por la perspectiva del sujeto con respecto al hecho precipitante y ella se vuelve más vulnerable y fácil de sugestionar (Slaikeu, 1996).

Para atender a una persona que vive una crisis Slaikeu (1996) propone dos modelos de intervención (ver tabla 1): de primera instancia o primeros auxilios psicológicos y de segunda instancia o terapia para crisis. Para explicar estos modelos se muestra a continuación un cuadro que separa las características de cada uno de forma clara y concreta.

<b>Tabla 1 "INTERVENCIÓN EN CRISIS UN MODELO AMPLIO"</b>		
	<b>INTERVENCIÓN DE PRIMERA INSTANCIA: PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS</b>	<b>INTERVENCIÓN DE SEGUNDA INSTANCIA: TERAPIA PARA CRISIS</b>
¿Por cuánto tiempo?	De minutos a horas	De semanas a meses
¿Por parte de quién?	Protectores de vanguardia (padres, policía, clero, abogados, médicos, enfermeras, trabajadores sociales, maestros, supervisores, etc.)	Psicoterapeutas y orientadores (psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, consejeros pastorales, orientadores, enfermeras psiquiátricas, etc.)
¿Dónde?	Ambientes comunitarios: hospitales, iglesias, hogares, escuelas, ambientes de trabajo, líneas telefónicas de urgencia, etc.	Ambientes para terapia / orientación: clínicas, centros de salud mental, centros abiertos al público, iglesias, etc.
¿Cuáles son las metas?		

	Reestablecer el enfrentamiento inmediato: dar apoyo; reducir la mortalidad; enlace con recursos de ayuda	Resolver la crisis; translaborar el incidente de crisis; integrar el incidente a la trama de la vida; establecer la apertura / disposición para encarar el futuro
¿Cuál es el procedimiento?	Los cinco componentes de los primeros auxilios psicológicos.	Terapia multimodal para crisis.

En este apartado sólo se ampliará la información acerca de los primeros auxilios psicológicos, que corresponde a la intervención de primera instancia. La finalidad de incluir este marco teórico es la de proporcionar a los psicólogos las bases metodológicas para poder asistir a los usuarios que requieran esta atención ya que se habla de intervención en crisis en el CAVI, sin embargo no existe tal cual.

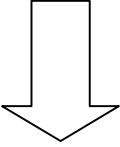
La intervención de primera instancia es corta y generalmente se otorga al inicio de la crisis con la finalidad de reestablecer el enfrentamiento inmediato, de manera que la persona que está auxiliando debe hacerlo de forma concreta para que el sujeto en crisis pueda controlar sus emociones y sentimientos y empezar a solucionar el problema (Lazarus, 1980 citado en Slaikeu, 1996).

Los primeros auxilios psicológicos pueden ser proporcionados por cualquier persona que haya sido capacitada para tal fin, en el CAVI podría ser la misma trabajadora social quien intervenga al inicio del proceso de atención en el centro, pero en este se mantiene la idea de que a los psicólogos les corresponde dicho trabajo, así que no estarán de acuerdo en realizarlo, por lo que el adiestramiento para llevar a cabo la intervención de primera instancia sería para los psicólogos. Entonces son ellos quienes deben conocer las características concretas de la intervención de primera instancia, las cuales refiere Slaikeu (1996):

- Proporcionar apoyo, este se enfoca en no permitir que la persona esté sola y darle la pauta a través del interés y la cordialidad para que exprese su miedo y su enojo.
- Reducir la mortalidad, esto es evitar que se haga daño, que pierda la vida y que lastime a un tercero.
- Proporcionar enlace con fuentes de asistencia, esto es orientarla hacia el siguiente paso para translaborar la crisis.

Además de estas submetas existen cinco componentes de los primeros auxilios psicológicos que son muy importantes en el momento de la intervención, así que los psicólogos tendrán que adquirir las habilidades adecuadas para llevarlos a cabo. En la tabla 2 se mencionan los componentes, los objetivos y conductas que tendrá que realizar, así como evitar el psicólogo para lograrlo.

<b>Tabla 2 "CINCO COMPONENTES DE LOS PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS"</b>			
<b>COMPONENTE</b>	<b>COMPORTAMIENTO DEL ASISTENTE</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>QUÉ NO HACER</b>
1. Realizar el contacto psicológico	Invitar al paciente a hablar; escuchar los hechos y sentimientos; sintetizar/reflejar los hechos y sentimientos; efectuar declaraciones empáticas; interés por comunicarse; tocar/abrazar de manera física; dar "control calmante" a una situación intensa	Qué el paciente se sienta comprendido, aceptado, apoyado Reducida intensidad del aturdimiento emocional Reactivación de las capacidades de resolución de problemas	Contar tu "propia historia" aun Ignorar sentimientos o hechos Juzgar o tomar partido
2. Exploración de las dimensiones del problema	Indagar acerca de Pasado inmediato; incidente que precipitó la crisis; funcionamiento CASIC previo a la crisis (fortalezas debilidades); Presente; Funcionamiento CASIC ahora (fortalezas y debilidades); recursos personales (internos); recursos sociales (externos); mortalidad; Futuro inmediato; Decisiones inminentes – para esta noche, fin de semana, los próximos días/semanas	Orden jurídico: a) necesidades inmediatas b) necesidades posteriores	Depender de preguntas de sí/no Permitir abstracciones continuas Soslayar las señales de "peligro"
3. Analizar posibles soluciones	Preguntar que es lo que el paciente ha intentado hasta ahora; examinar que es lo que el paciente puede/podría hacer ahora; Proponer nuevas alternativas: Un nuevo comportamiento del paciente; redefinición del problema; asistencia externa (un tercero); cambio ambiental	Identificar una o más soluciones para las necesidades inmediatas y posteriores	Permitir la visión de pasar por un túnel Dejar obstáculos sin examinar Tolerar una mezcla de necesidades

4. Asistir en la ejecución de acción concreta		Ejecutar soluciones inmediatas, planteadas para satisfacer las necesidades inmediatas	
<p>Si: la mortalidad es baja y la persona es capaz de actuar en su propio beneficio, entonces:  <b>Actitud facilitadora:</b>  "Hablamos";  "tú actúas"; y  Se hace un contrato para actuar entre el asistente y el paciente</p> <p>Los rangos de acción van de escuchar de modo activo hasta dar consejos</p>	<p>Si: la mortalidad es alta o la persona no es capaz de actuar en su propio beneficio, entonces:  <b>Actitud directiva:</b>  "Hablamos";  "yo puedo actuar en tu beneficio" y  El contrato para la acción puede incluir a la familia y otros recursos comunitarios</p> <p>Los rangos de acción van de la movilización activa de recursos hasta el control de la situación</p>	<p>Intentar resolverlo todo ahora  Realizar decisiones que comprometan por largo tiempo  Ser tímido  Retraerse de tomar decisiones cuando parezca necesario</p>	
5. Seguimiento	Asegurar la identificación de información; examinar los posibles procedimientos para el seguimiento; establecer un convenio para recontactar	<p>Asegurarse de la retroalimentación en las tres submetas de los primeros auxilios psicológicos:  El apoyo recibido;  reducción de la mortalidad;  Culminación del enlace con (otros) recursos.  Poner en movimiento la siguiente fase:  Soluciones posteriores;  Si las necesidades inmediatas se satisficieron con las soluciones inmediatas y la acción concreta que se tomó y si se realizó el enlace para las necesidades inmediatas, entonces parar  Si no, regresarse al paso 2 (las dimensiones del problema) y continuar.</p>	<p>Dejar detalles en el aire, o asumir que el paciente continuará la acción del plan por sí mismo  Dejar la evaluación a alguien más</p>

Slaikeu (1996) señala algunas consideraciones prácticas para los asistentes o psicólogos que lleven a cabo los primeros auxilios psicológicos, sobre todo al tomar en cuenta los componentes para dicha intervención. Primero, no se establece como regla que haya una secuencia de estos elementos, pues los hechos no siempre se darán

como se espera, ya que el contacto no será definitivamente el primero, pues se puede lograr después de hablar del problema y de sus soluciones, así se habrán abarcado varios pasos en un mismo momento y sin embargo se logró una intervención apropiada. Lo indispensable en este proceso es no descuidar ninguno de los componentes de los primeros auxilios psicológicos, aunque no se realicen de forma consecutiva por lo que es válido retroceder si al psicólogo le parece necesario y tal vez ocupe más tiempo en uno o en otro, lo importante es asegurarse de haber logrado los objetivos en cada uno.

El proceso de atención para crisis tiene la finalidad de llegar a la resolución del conflicto y para llegar a este objetivo es necesario ver al paciente como un sistema conformada por subsistemas, entonces el terapeuta debe atender cada uno de estos para asegurar el éxito del proceso, Slaikeu (1996) señala el perfil de la personalidad CASIC, el cual abarca dichos subsistemas (ver tabla 3).

<b>Tabla 3 “Subsistemas de la personalidad CASIC”</b>	
<b>Modalidad / sistema</b>	<b>Variables /subsistemas</b>
<b>Conductual</b>	Patrones para el trabajo, juego, ocio, ejercicio, dieta (hábitos en la alimentación y la bebida), conducta sexual, hábitos de sueño, uso de drogas y tabaco; presencia de cualquiera de los siguientes: suicidio, homicidio o actos agresivos. Métodos habituales para enfrentar el estrés.
<b>Afectivo</b>	Sentimientos sobre cualquiera de las conductas expresadas arriba; presencia de sentimientos como ansiedad, cólera, felicidad, depresión y otros; capacidad para incidir en las circunstancias de la vida. Los sentimientos son manifiestos o encubiertos.
<b>Somático</b>	Funcionamiento físico general, salud. Presencia o ausencia de tics nerviosos, dolores de cabeza, trastornos estomacales, y otros malestares somáticos; estado general de relajamiento/tensión; sensibilidad del tacto, visión, gusto, olfato y oído.
<b>Interpersonal</b>	Naturaleza de las relaciones con la familia, amigos, vecinos y compañeros de trabajo; potenciales y dificultades interpersonales, número de amigos, frecuencia de contacto con amigos y conocidos; el papel asumido con varios amigos íntimos (pasivo, independiente, líder, al mismo nivel); modo en la resolución del conflicto (asertivo, agresivo, introvertido); estilo interpersonal básico (simpático, receloso, manipulador, explosivo, sumiso, dependiente).
<b>Cognoscitivo</b>	Día normal y sueño de noche, imágenes mentales sobre el pasado o el futuro, autoimagen, objetivos en la vida y razones para su validez, creencias religiosas; filosofía de la vida; presencia de cualquiera de las siguientes: catástrofes, sobregeneralizaciones, ideación paranoide; actitudes generales (positivas / negativas) hacia la vida.

Los psicólogos del CAVI deben retomar la teoría para la intervención en crisis, pues a partir de la atención adecuada de esta se puede reestablecer la organización del sistema CASIC y a partir de aquí implementar el proceso terapéutico.



#### **4.2.2.2. Terapia breve**

Para Bellak (1993) la terapia breve se respalda por la teoría psicoanalítica, la teoría del aprendizaje y la teoría de los sistemas. Específicamente se conoce como Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia (PBIU). Este modelo se centra en las principales características del trastorno. Específicamente se tiene que observar el síntoma y entender sus causas, ya que los síntomas son intentos de solucionar problemas, de enfrentar la ansiedad, conflicto, déficit. Pues cuando la capacidad para enfrentar problemas es limitada habrá más trastornos en la personalidad, por lo que el tratamiento o proceso terapéutico puede ser una forma de reaprendizaje, busca cambiar lo que se aprendió de manera deficiente y modificarlo para hacerlo lo más eficaz posible, para lo que es indispensable retomar la historia del paciente, su situación de vida actual, su medio familiar y cultural, su experiencia completa y lo que se pueda saber a partir de sus principios y predisposiciones generales.

El número de sesiones puede variar, aunque lo más recomendable son 6, esto depende del problema que se atiende, sin llegar a limitar el tratamiento, ya que tiene una meta clara y específica con la que se trabaja durante todo el proceso. Este modelo de terapia breve no debe tomarse tan a la ligera pues no se considera sólo un paliativo, debido a que los pacientes pueden lograr un nivel superior que les permita solucionar problemas, además de haber adquirido fortaleza para una situación particular lo que los proveerá de habilidades para enfrentar otros conflictos distintos.

Bellak (1993) considera que la terapia breve requiere de terapeutas entrenados específicamente en este modelo, ya que el psicólogo debe saber manejar todo el proceso e intervenir de diferentes formas en los distintos momentos de cada sesión, como se muestra a continuación:

- Guiar y controlar la intensidad del proceso terapéutico. El terapeuta es quien controla cada sesión, será él quien decida que cosas o situaciones son más importantes que otras. Regulará las intervenciones para incrementar o disminuir la ansiedad del paciente. Además podrá dejar de lado su postura neutra frente a otro terapeuta para jugar el papel de auxiliar activo.

- Explicar el proceso terapéutico en términos sencillos al finalizar la sesión inicial. El terapeuta debe explicar el proceso terapéutico lo más sencillo posible al paciente para aclarar sus dudas y las falsas percepciones.
- Aprendizaje facilitador: el terapeuta debe llevar a cabo el proceso terapéutico lo más concreto posible, pero también debe ser claro para el paciente, por lo que es necesario encontrar el estilo adecuado para manejar todos los aspectos a trabajar.
- Facilitar la comunicación: es esencial un estilo adecuado. El terapeuta debe promover la alianza terapéutica y para lograrlo requiere de la confianza del paciente para que este logre comunicarse y así el proceso terapéutico se de y progrese. Es importante la colaboración entre paciente y terapeuta. Con la información que ha recibido el terapeuta tiene que formular hipótesis de la correspondencia que existe entre la conducta del paciente, su historia y la relación terapéutica, para después hacer las interpretaciones correspondientes. Cuando el paciente identifica la correspondencia entre los elementos mencionados se da el insight el cual al ser aplicado por el paciente a su propia vida esta transelaborando el problema.

Por otro lado está el modelo de terapia breve con enfoque en problemas y en soluciones, que remarca que el poco número de sesiones (10 sesiones) no implica menos tratamiento sino una mayor eficacia, sobre todo porque se debe tener establecido un objetivo claro y específico, mientras que el terapeuta con su intervención debe producir un efecto. Este modelo al igual que el de Bellak señala que la interacción humana a través de la comunicación construye significados, así es necesario escuchar al paciente, su experiencia y las percepciones de esta, pues es su forma de sentir y pensar lo que le ha dado sentido a su vida y ha conformado su historia. Por lo que se pueden cambiar los esquemas si la terapia se centra en los procesos que constituyen excepciones a la norma problemática. Pero no existe patología sino que se trata de un fenómeno social, por lo que los conflictos se originan por el mal manejo de los problemas de cada día. En este sentido, dentro de la familia se atiende al paciente interesado y que quiere cambiar, lo cual repercutirá en todo el sistema, ya que este es circular (Eguiluz, 2004).

El psicólogo se centrará en la queja sin tratar de imponer sus propias creencias de la realidad. "El terapeuta deberá utilizar como objetivo terapéutico los recursos y las

soluciones de sus pacientes” (Eguiluz, 2004, p. 117), ya que el psicólogo debe ser y hacer:

- Directivo y estratégico.
- Atento a los procesos y acciones que le permitan manejar el proceso terapéutico.
- Guiará la sesión, dirigirá las preguntas y propondrá nuevas tareas para que el paciente aprenda nuevos significados y comportamientos alternativos.
- Se centrará en lo que el paciente hace y le da buenos resultados.
- Su interés será hacia lo que es posible y se puede cambiar.
- Asume una postura de detective curioso, especialista sólo en el desarrollo de lo que se cambia.
- No se preocupa por mantener el control, ya que no cree en la resistencia, sino en las formas de colaborar de las personas.

La terapia breve en el CAVI debe retomar los postulados de las corrientes teóricas que están a su alcance para contar con una metodología que guíe el proceso y se puedan garantizar resultados que beneficien a los pacientes.

#### **4.2.2.3. Terapia de grupo**

Para la terapia de grupo se debe atender el proceso de inclusión, el cual se da durante la entrevista de primera vez, pero a pesar de esta entrevista la influencia del tiempo y el espacio en el CAVI es el factor de mayor peso para asignar al paciente a grupo. Woods y Melnick (1979) citados en Kaplan y Sadock (1998) señalan algunos criterios de exclusión para la terapia de grupo, los cuales son: miedo a compartir, centrarse en los eventos externos que se relacionan con los problemas de los demás y no identificar los propios y las enfermedades orgánicas, este aspecto es el único que se toma en cuenta en el CAVI, como criterio de exclusión pues no atiende a personas con desequilibrios orgánicos, como la psicosis.

Al trabajar con grupos el terapeuta tiene que saber manejar el proceso con la finalidad de producir, manteniendo la estabilidad de los integrantes y enfatizar que todos son iguales y serán vistos como el sujeto, con un mismo nivel jerárquico; tendrá que ser creativo y espontáneo para influir a todos los sujetos del grupo. De igual manera el

terapeuta debe conocer las principales características de la terapia grupal y hacer uso de sus conocimientos y experiencia para llevar a cabo un proceso que beneficie a todos los usuarios. Moreno (1995) señala que el psicólogo como terapeuta de grupo, tiene que realizar las siguientes actividades:

- Beneficiar a cada miembro y al grupo como un todo.
- Utilizar los métodos curativos fundados científicamente o reconocidos por las instituciones oficiales.
- La formación del terapeuta de grupo debe ser ad hoc y estar sustentada por instituciones académicas reconocidas.
- Deberá servir al grupo y proteger a cada paciente garantizando su honor.
- Dirigirá democráticamente al grupo, no podrá realizar discriminación alguna por ningún motivo.
- Guardar en secreto todo lo ocurrido dentro de la terapia y aclarar a los pacientes que así será por parte de él, como deberá serlo por parte de ellos. De esta forma podrán expresarse libremente.

## **Principios generales para la terapia de grupo**

Moreno (1995) menciona que la terapia de grupo cuenta con principios generales, entre los que se encuentran los siguientes:

- Cada sesión es única, no puede repetirse.
- Situación del grupo, en donde la empatía por ambas partes es muy importante.
- Organización física del grupo dentro de la sala (médium de tratamiento de grupo), se recomienda trabajar en forma de círculo.
- Interacción terapéutica, para esto, los pacientes deben verse unos a otros, hablarse y escucharse entre todos.
- Reacciones de los integrantes de unos hacia otros, se llega al diálogo y drama vital entre dos o más personas.
- Producción en el aquí y el ahora, se enfatiza que el trabajo debe darse en tiempo presente. Se podrá discutir el pasado, pero sólo en la medida que afecte los conflictos actuales: de acuerdo con la experiencia las vivencias más

impresionantes del pasado toman expresión, en alguna forma, en las vivencias presentes.

- Producción terapéutica, debe ser espontánea e improvisada, los miembros del grupo reaccionan espontáneamente unos frente a otros.
- Los integrantes tienen la libertad para expresarse sin inhibiciones, así como para sentarse donde deseen en cada sesión, eligiendo la proximidad del terapeuta o de otro miembro que les atraiga.
- A través de las sesiones terapéuticas aumenta la integración psíquica del grupo y los miembros se van fusionando logrando que la cohesión crezca.
- Catarsis integral, pues la interacción tiene carácter terapéutico.
- Magnitud de grupo, esta depende de varios factores pero sobre todo de la cohesión, además de las condiciones especiales del encuentro, debido a que cada miembro debe de estar en contacto con los otros.
- Estructura de grupo, esta se da desde el primer encuentro: un proceso de atracción y repulsión, se produce ininterrumpidamente no sólo frente al terapeuta, sino entre los miembros mismos.
- Duración de la sesión y duración del tratamiento, el tiempo de sesión depende de la intensidad del problema del grupo.
- El estatus de los miembros dentro del grupo debe ser igual para todos y determinado únicamente por los valores terapéuticos.
- El terapeuta puede ser protagonista principal, pues tiene tres funciones: la de médico, investigador y copaciente.

Estas características de la terapia de grupo son las que se siguen para el trabajo terapéutico en el CAVI.

#### **4.2.2.4. Terapia familiar**

Además de los modelos terapéuticos mencionados se propone que en el CAVI se utilice la terapia familiar, ya que la violencia familiar no es un hecho aislado, su mismo nombre indica que afecta a más de uno, no sólo se trata del receptor, también está el generador y todos los demás integrantes que de una u otra forma son partícipes. La afectación psicológica no se da en línea recta y en un solo sentido, la violencia afecta al grupo de diferentes maneras. La terapia familiar atiende a la persona que padece los síntomas en el contexto familiar, el cual ha sido en parte responsable de la patología, que no es algo estacionado en el mundo interno del paciente, sino un reflejo de la perturbación de las relaciones interpersonales (Kaplan y Sadock, 1998).

Bateson (1976 citado en Eguiluz, 2004) retoma ideas de la cibernética y las aplica en las relaciones humanas, ya que en estas interacciones personales se dan los procesos de retroalimentación con la finalidad de conseguir un equilibrio. Por lo tanto establece que el sistema vigila su propio desempeño y es autocorrectivo. Cabe aclarar que sistema puede cualquier clase de relación que se da entre dos o más personas, así se habla de pareja, cualquier tipo de familia o cultura. La búsqueda de este equilibrio constante da origen al término homeostasis, el cual se logra por la retroalimentación de información que permitirá mantener o cambiar una conducta en el futuro. Esto se logra por la comunicación que se da alrededor del sistema, ya que todo lo que sucede es un mensaje que transmite algún tipo de información con por lo menos dos niveles jerárquicos que son de contenido y de significado.

Más adelante con la publicación del artículo “Hacia una teoría de la esquizofrenia” en el que surgen dos premisas bajo la consideración de que las conductas etiológicas y patológicas son producidas por los defectos en la comunicación entre las personas, sobre todo en sistemas como la familia. Dichas premisas pueden considerarse la base de la terapia familiar sistémica:

1. la familia como sistema homeostático
2. la hipótesis de doble vínculo.

Respecto a lo anterior Jackson (1954, citado en Eguiluz, 1994) señala que la familia es como un sistema cibernético que se rige por reglas y busca la estabilidad por medio de circuitos de retroalimentación que trabajan debido a errores. En este contexto menciona que el síntoma conserva el equilibrio familiar. “De esta manera, la atención se desplazó del individuo en sí al individuo visto como sistema, interactuando

con los demás sistemas en el interior de un sistema de relaciones complejo y estructurado” (p. 12).

Por otro lado Bateson, Haley, Jackson y Weakland (1976, citados en Eguiluz, 1994) refieren que la hipótesis del doble vínculo se establece por los mensajes que tienen un significado ambiguo antagónico y paradójico. El doble vínculo se da en las siguientes situaciones (Bateson, Haley, Jackson y Weakland, 1976 citados en Eguiluz, 1994, p. 13):

- a) dos o más personas participan en una relación intensa que tiene un gran valor para la supervivencia física y/o psicológica de una, varias o todas ellas.
- b) Cuando el mensaje está estructurado de modo que:
  1. afirme algo
  2. afirme algo de su propia afirmación
  3. ambas afirmaciones sean mutuamente excluyentes
  4. dado el tipo de relación que existe entre las personas, sea imposible que alguna de ellas se salga del marco establecido.

En la relación personal el doble vínculo provoca que uno de los sujetos dude de sus propias percepciones y por lo tanto no pueda comunicarse y sólo logrará salir si cambia su mensaje a un nivel lógico distinto (Bateson, 1976, citado en Eguiluz, 1994).

En este mismo sentido de la comunicación, Sapir y Worf (1968, citados en Eguiluz, 1994) desarrollan una hipótesis que señala que el lenguaje es el resultado de las relaciones sociales y como consecuencia moldea las formas de pensamiento. Este lenguaje incluye gestos y movimientos corporales, que no necesita ser escrito pero que se puede entender.

Por último, al hablar de la teoría general de sistemas es necesario referir el trabajo de Ludwing Von Bertalanffy, quien funda la Sociedad para la Investigación General de Sistemas, y considera como conceptos centrales: “la organización, la totalidad, la teleología y la diferenciación (Bertalanffy, 1976, citado en Eguiluz, 1994). Ludewig et al. (2006) señalan que los problemas humanos que tienen importancia clínica son “tentativas fracasadas de superar una alteración alarmante dolorosa. La alteración ha sobrepasado la capacidad de reacción del sistema y éste no puede ni retraerse ni reaccionar adecuadamente a la situación molesta sino que la soporta o trata de evitarla” (p. 51). Así los “conceptos sistémicos no apuntan a cambiar causalmente la vivencia o el comportamiento de los pacientes sino a la cocreación de una

comunicación que sea apta para crearles condiciones favorables para el cambio, según sus propios deseos y posibilidades.” (p. 55). Las familias pueden reproducir problemas, pero poseen los recursos necesarios para reemplazar el problema por alternativas más adecuadas.

Por otro lado, Minuchin (1967 y 1978, citado en Eguiluz, 1994) después de su contacto con las propuestas teóricas de la terapia sistémica señala que existe una responsabilidad compartida entre los integrantes de la familia para la aparición del síntoma. Así “si se modifica la estructura de la familia se posibilita el cambio, ya que se favorecen distintas experiencias subjetivas de sus miembros y de la relación entre ellos” (Ibíd., p. 50). Pero debe tenerse presente que la familia es un grupo que está en constante movimiento, debido a los procesos que se dan en las diferentes etapas por las que pasa su desarrollo. Entonces habrá diferentes construcciones de la realidad que influyan en las experiencias familiares por lo que el terapeuta debe tener claras estas premisas al trabajar para buscar modificar las narrativas establecidas.

Antes de buscar el cambio en el sistema es necesario identificar la estructura familiar y cómo es que los síntomas se relacionan con dicha estructura. Debido a esto, Minuchin (1989, citado en Eguiluz, 1994) señala como elementos de la estructura a los siguientes:

1. Subsistemas. A través de estos la familia se desempeña y generalmente se basan en la generación, el género, el interés y la función, entre otros. Estos subsistemas poseen niveles de poder, de forma que cada individuo aprende diferentes habilidades.
2. Límites. Deben ser claros, precisos y se establecen por las reglas que implementan los que participan. Con estos se protege la diferenciación del sistema o subsistema.
3. Jerarquías. Marca la posición de subordinación o supraordinación de cada miembro de la familia con respecto a otro.
4. Alianzas. Cuando dos o más personas tienen un mismo objetivo dentro del sistema y se unen para lograrlo.
5. Coaliciones. Se da cuando una alianza se opone a otros miembros del sistema y lo muestran a través de la exclusión o provocando un conflicto.
6. Triángulos. Permite regular las relaciones conflictivas.



Después de observar la estructura familiar, se plantean hipótesis que expliquen las relaciones en el sistema y los síntomas de los integrantes, además de las formas en que experimentan la realidad. Para lograrlo es necesario que el terapeuta se involucre e intervenga en la familia retomando todo el contexto. Después se llevarán a cabo las siguientes acciones:

- Reencuadre: se cuestiona el síntoma
- Reestructuración: Se limitan claramente los subsistemas, se establecen reglas para cada uno y las jerarquías correspondientes.
- Construcción de la realidad: estas en muchas ocasiones se constituyen como verdades que tienen que mantenerse, sin que antes se hayan revisado para saber si son adecuadas o no. Entonces es necesario introducir premisas alternativas que permitan comparar las ya aceptadas y cuestionar las conductas y pautas de relación que se dan dentro de la familia.

De igual forma el enfoque narrativo en la terapia (Eguiluz, 2004), refiere que las personas actúan, piensan y sienten de acuerdo a las relaciones que entablan con otros en un contexto determinado. Para el enfoque narrativo existen postulados que son fundamentales para comprender el trabajo terapéutico:

- Analogía del texto. Las relaciones interpersonales y las vivencias que de estas se desprenden dan significado a las narraciones de las personas convirtiéndolas en hechos que determinan el comportamiento, son “historias que constituyen a las personas por medio de las verdades *normatizadoras*” (Eguiluz, 2004, p. 146). La analogía del texto permite conocer la diferencia entre un relato dominante y un relato alternativo, sitúa los acontecimientos en el tiempo y en el contexto sociopolítico, para reconocer el comienzo de las relaciones presentes y las expectativas futuras cercanas.
- Narración dominante y relatos alternativos. Cada persona mantiene un relato a través del cual rige su vida, ya que da significado a su quehacer cotidiano, por lo que se mantiene como verdad normatizadora, la cual encubre una parte de la experiencia que no comulga con la creencia social. Entonces es necesario revisar los relatos alternativos, ya que pueden ser más favorables y ayudar a la persona a eliminar conductas normatizadoras que causan conflicto.
- Externalización del problema. Los relatos permiten externar conflictos y a la vez separar a la persona de ellos para que no se vea a sí misma como el problema y

pueda identificar las causas de este. De inicio es necesario no estigmatizar a las personas y brindarles un ambiente en el que sientan confianza para expresar su creatividad y puedan liberarse de la vergüenza o del miedo que no les permite actuar (White, 1986 citado en Eguiluz, 2004).

- Vida y mantenimiento del problema. Las personas a través de la narración normatizadora mantienen ciertas conductas que pueden provocar que un conflicto se mantenga por más tiempo, esto sucede sin que se den cuenta, por lo que es necesario, además de revisar la influencia del problema en diferentes áreas de su vida, la influencia que se da a la inversa, ya que puede haber contradicciones que susciten diferentes dificultades. Esto se logra escuchando el relato e identificando en este, sucesos extraordinarios o no habituales que estén influyendo en su vida y relaciones.
- Acontecimientos extraordinarios. Los eventos extraordinarios deben ser significativos para que al ser identificados tengan efecto sobre la persona.

Al trabajar con estos postulados se busca que la intervención terapéutica sea capaz de modificar la vida de los individuos que participan en el proceso, por lo que el terapeuta no queda excluido del cambio, entonces él se vuelve responsable de una parte, por lo que tiene que incitar al paciente a participar activamente en las modificaciones necesarias para mejorar su vida y reorganizar su propia historia (White, 2002 citado en Eguiluz, 2004).

El enfoque narrativo proporciona la posibilidad de revisar todas las alternativas en la vida de una persona, generando perspectivas cambiantes. De ello Maida et al. (2006) señala que los relatos de violencia irán apareciendo en forma paulatina en la terapia, después de haber logrado la descripción detallada de lo que sucede cuando hay interacciones violentas, se hablará de su significado. Para lograr lo anterior será necesario el reconocimiento del maltrato, así como de sus efectos y consecuencias. Después se propondrá que los miembros de la familiar lleven a cabo formas respetuosas de trato entre ellos mismos. Si se trabaja con el generador, él tendrá que aceptar su conducta agresiva y su responsabilidad por sus acciones, sino no podrá detenerse la violencia familiar. Así “la conversación terapéutica lleva a explorar la red de relaciones de la familia, en quién se puede confiar, quienes seguirán participando de la vida familiar, quién puede colaborar con la crianza o las tareas domésticas” (p. 375).

Los terapeutas junto con la familia deberán formar una visión y sentido de futuro para abrir el camino a las posibilidades y la construcción de nuevos retos significados. Específicamente los dos enfoques anteriores de la terapia familiar sistémica se consideran adecuados para trabajar con violencia familiar en el CAVI. En este sentido Maida (et al., 2006) señala que la intervención en terapia familiar con familias afectadas por la violencia se da generalmente en tres casos:

1. Cuando se busca detener las conductas agresivas y que en conjunto la familia reflexione el significado de ellas y las consecuencias de las mismas.
2. Después de una orden judicial como medida para detener la violencia familiar.
3. O como medida de protección a los receptores, después de que se ha separado al generador por la intervención judicial y por lo tanto es necesaria la reconstrucción de la familia que ha quedado tras esta medida.

Entonces para trabajar con terapia familiar sistémica en el CAVI se señalan lineamientos (Díaz, et al., 2006) específicos:

1. La violencia familiar es un problema social, político y de salud pública, que demanda un abordaje multidisciplinario y una amplia respuesta social.
2. Las personas y las familias son afectadas como un todo por la violencia familiar.
3. Existen varias maneras de afrontar la violencia familiar y para hacerlo es necesario enfatizar los recursos de las personas que viven en esta situación.
4. Se enfatiza el trabajo colaborativo<sup>4</sup> entre las personas que viven violencia familiar, su familia, los profesionales de la salud y otros miembros de la comunidad.
5. El trabajo terapéutico representado con familias que viven violencia familiar se basará en principios éticos, en un marco de respeto a los derechos humanos y desde una perspectiva de género.
6. Es importante promover el sentido de agencia o involucramiento entre los integrantes de la familia.
7. La terapia debe ser concebida como un espacio conversacional donde se privilegia el diálogo y la conversación entre los participantes.

---

<sup>4</sup> En este sentido, se pretende agrandar y reforzar las redes de apoyo de las personas que viven violencia familiar, respecto a esto, Lomnitz (1998) menciona que las personas que cuentan con una red social establecida, prefieren atenderse en primer lugar con el grupo cercano de personas que le son significativas.

8. El papel del terapeuta es el de facilitador de conversaciones que ofrezcan posibilidades para las familias consultantes.

Objetivos del trabajo terapéutico con violencia familiar en el CAVI (Díaz, et al., 2006):

1. Mejorar el afrontamiento de la violencia familiar a través de la movilización de los recursos de las personas y sus familias generando nuevas posibilidades para dicho afrontamiento.
2. Facilitar que los integrantes acepten el hecho de que en su dinámica familiar existe la violencia.
3. Promover el involucramiento entre los integrantes de la familia, con la finalidad de limitar el control de la violencia familiar en sus vidas y así puedan tomar decisiones propias y adquirir nuevas habilidades para afrontar este problema.
4. Fomentar los vínculos emocionales entre los integrantes de la familia.
5. Restaurar el equilibrio familiar a través de eliminar lo anormal, patológico o irregular de una situación.
6. Resignificar las narrativas de los integrantes de la familiar, convirtiéndolas en descripciones más amplias, fluidas, menos rígidas que permitan la apertura de nuevas posibilidades e interacciones entre los miembros de la familia.
7. Identificar los recursos de la familia, dentro y fuera de ella.
8. Reflexionar la participación propia en la violencia familiar.

En el CAVI existirá como opción de intervención terapéutica la terapia familiar sistémica, pues el nombre del problema indica que no se afecta a un integrante de forma aislada, sino que de alguna manera todos los miembros son partícipes de la misma. En este sentido Patró y Limiñana (2005) mencionan que ya sea terapia individual, grupal o familiar, en el ámbito general existen tres aspectos que deben ser tratados en cualquier programa de intervención:

1. En la esfera emocional, es importante ofrecer a la persona receptora de violencia la posibilidad de ser escuchado y de hablar acerca de sus sentimientos para que pueda liberar la angustia reprimida y normalizar sus emociones.
2. En la esfera cognitiva, es necesario abordar y reestructurar los valores y creencias asociados a la violencia con la finalidad de prevenir y eliminar posibles comportamientos violentos o una revictimización.

3. En la esfera conductual, la pérdida del sentimiento de seguridad y la percepción de falta de control sobre su vida y sus actividades son dos factores que frecuentemente obstaculizan la adecuada recuperación del receptor de violencia familiar.

Así la creación de rutinas y ambientes estables, como la participación del receptor en actividades que le proporcionen sentido de control resultará beneficiosa. Se puede elaborar junto con el receptor planes de acción concretos de protección frente a posibles situaciones futuras de riesgo familiar. En ellos deben especificarse que conductas deben llevarse a cabo para ponerse a salvo de la violencia, los lugares donde puede resguardarse o la forma de contactar a las personas que pueden ayudarlo. Definitivamente es necesario personalizar una serie de recursos y estrategias concretas que ayuden al receptor a afrontar tales situaciones y le proporcionen un mayor sentimiento de seguridad y control (Patró & Limiñana, 2005).

### **4.3. Supervisión de casos**

La supervisión tiene la finalidad de revisar los casos trabajados en el centro con la posibilidad de obtener sugerencias de intervención, detectar errores en la práctica y descubrir conductas inadecuadas provocadas por sensaciones y sentimientos al interaccionar con la violencia familiar que no son percibidos o tratan de ocultarse y no son manejados oportunamente, de forma que este será también un espacio de contención en donde se da la relación entre la teoría y la experiencia vivida. El objetivo de esta propuesta es abrir un lugar permanente de escucha y reflexión para los psicólogos y peritos del CAVI, en el cual puedan hablar de sus experiencias, abarcando sus sensaciones y sentimientos, trabajándolos con ayuda de sus compañeros y del supervisor, buscando alternativas para mejorar la atención al usuario, lo cual, además posibilita que estos profesionistas disminuyan el grado de estrés al que están sometidos como resultado de una disfunción laboral. Lo cual se observa claramente en el trato que ofrece el psicólogo y el perito hacia sus colegas y hacia los usuarios, su comportamiento en ocasiones es agresivo, no permite que opinen sobre su desempeño, se aísla sin buscar el apoyo profesional, evita el contacto y la interacción

con sus compañeros, prefiere mantenerse al margen de todos los asuntos que no le competen ya sea porque son de otra área o porque otro psicólogo lo está tratando. Estas características son comunes de un trastorno muy frecuente llamado Síndrome de Agotamiento Crónico (SAC), mejor conocido como burnout, término inglés que significa síndrome del quemado. El SAC se considera una respuesta al estrés crónico, por agotamiento físico, emocional y mental, deshumanización y baja realización personal o bajo rendimiento (Gil, 2005). Anteriormente Golembiewski et al. (1986) citados en Buela y Caballo (1991) señalaron que el burnout se expresaba por medio de una despersonalización en la que se culpa a los usuarios de sus propios problemas, lo cual repercute en la calidad de trabajo con ellos. Después surgía un sentimiento de baja realización personal por lo que el individuo piensa que trabaja mal con la gente y entonces evita a toda costa las relaciones que pueden evidenciarlo y como resultado se incomunica totalmente. La persona que vive burnout entra en un ciclo que lo lleva a un profundo cansancio emocional en el que cuanto más se intenta mejorar la situación, más se empeora.

El SAC se presenta generalmente en profesionales de la salud, que están en contacto directo con personas que se encuentran en situación de dependencia o necesidad, justo como ocurre con los psicólogos y peritos del CAVI. Las causas del SAC son los factores viciados de la institución, por ejemplo, la sobrecarga de trabajo, injusticia, falta de recompensa por el trabajo desempeñado, conflicto con los valores, pérdida de la cordialidad en el ambiente laboral y pérdida de control sobre lo que se realiza, ya que debe existir una carga de trabajo que permita mantener la calidad de la atención, debe existir justicia, reconocimiento de la labor desempeñada, estímulos y recompensas, pero sobre todo un ambiente armónico, en el que se de la comunicación a todos los niveles que favorezca el desarrollo de la institución, como del profesionalista (Palmer, Gómez, Cabrera, Prince, & Searcy, 2005). Sin embargo el ambiente que se vive en el CAVI es de intolerancia, los psicólogos no aceptan comentarios sobre su trabajo, pero aún así todos critican a los demás, siempre toman el tiempo que el compañero tarda en entrevistar, en la terapia, en las evaluaciones, copian los resultados de otros, pero si este le cae mal siempre dicen que –de esa persona ni el saludo-. La falta de comunicación se observa cuando los psicólogos prefieren callar y quedarse con sus dudas aunque no tengan la certeza de haber hecho lo correcto, pues no se pueden evidenciar, además consideran que sus compañeros son peores que

ellos para aclararles las vacilaciones. La rivalidad siempre existe, pues cada psicólogo piensa que él es mejor que todos los demás.

Se sugiere que a los psicólogos y peritos se administre un cuestionario que valora tres aspectos fundamentales del SAC: el agotamiento emocional, el cinismo y la baja realización personal en el trabajo. Se trata de un cuestionario constituido por 22 reactivos en forma de afirmaciones sobre sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo. Este instrumento se llama “Cuestionario de Maslach” (1980)<sup>5</sup> citado en Palmer et al. (2005). De esta forma se podrá detectar su grado de estrés y así tomarse medidas correctivas, respecto a esto Gil (2005) indica que en la prevención también tienen que participar los trabajadores, en este caso los psicólogos y los peritos. Remarca que es necesario dotarlos de habilidades y destrezas necesarias para el ejercicio de su actividad laboral, no sólo en el carácter técnico, sino también a las habilidades sociales.

El grupo de supervisión permitirá a los psicólogos hablar sobre los conflictos que se presentan durante la intervención terapéutica y durante la evaluación psicológica. De esta forma podrán corregirse posibles errores, además de compartir sus experiencias con psicólogos de más o menos experiencia. En esta materia, Campo (2007) realizó un modelo de supervisión para personas que trabajan con violencia familiar. La investigación se basa en la premisa del desarrollo de la conciencia personal a la par de las teorías y metodologías correspondientes. Remarca la necesidad de utilizar la propia subjetividad y no seguir tal cual la “linealidad científica determinística” (p.29). Aceptar la incertidumbre, cuestionar esa racionalidad y acceder a la vivencia frente a la violencia familiar, de manera que se ponga atención a los propios estados afectivos, sentimientos y conductas. Para lograr lo anterior sin perder de vista los objetivos científicos se sustenta el trabajo en la fenomenología<sup>6</sup> y la versión de sentido<sup>7</sup>, de igual forma se retoma la intersubjetividad para complementar la labor del terapeuta al momento de realizar su labor con las personas que viven situaciones de violencia en casa.

---

<sup>5</sup> Ver anexo 16

<sup>6</sup> “La fenomenología como perspectiva teórica propone una visión ontológica del caso y del terapeuta y la relación entre ambos, como ser en su propia realidad y enfatiza la relación de persona a persona entre caso y terapeuta” (Campo, 2007, p.30)

<sup>7</sup> “La versión de sentido del encuentro trata de un relato breve, escrito por el terapeuta inmediatamente después del encuentro con el caso. Esta descripción tiene el objetivo de propiciar lo más posible, el registro de las vivencias compartidas entre el terapeuta y el caso... Y se constituye en más que una catarsis, puesto que posibilita una teorización de lo vivido, a la vez que permite la visión más aguda del proceso con el caso-familia a través de la experiencia de la relación terapeuta / personas.” (Campo, 2007, p. 31 y 32).

Merleau Ponty (1954) citado en Campo (2007) refiere que la fenomenología busca comprender a la persona y al proceso terapéutico, desde la experiencia misma. Así el trabajo terapéutico se va formando de la mutua constitución entre terapeuta y caso o familia, en el mismo lugar donde se da y lleva a cabo el encuentro. El proceso se desarrolla a partir de una relación intersubjetiva<sup>8</sup> entre la persona, el terapeuta y la relación de ambos con el contexto y la historia. En esta perspectiva cabe señalar que cada caso es único, ya que los procesos se constituyen de manera particular. Esto aunado a la versión de sentido permite que al registrar el proceso terapéutico haya una transformación del estado tosco del encuentro en algo con sentido: significa hacer emerger la intersubjetividad de la relación.

Los cursantes del modelo de supervisión debían reunirse en grupo para buscar aprender uno de la experiencia del otro, así que el aprendizaje tiene dos aspectos: uno individual y otro social. Como práctica individual se busca comprender la relación terapéutica desde dentro del terapeuta, esto es desde su perspectiva, mientras que dicha relación incluyó los valores, juicios e intenciones del psicólogo. En tanto que la practica grupal se examinó desde la dinámica de grupo. Los psicólogos revisaron la intersubjetividad generada en la relación terapéutica, para después monitorear sus estados afectivos. Los cuales fueron discutidos en el grupo, la información que de aquí se derivó fue utilizada para conceptualizar la intersubjetividad de la violencia familiar. Los participantes tenían que exponer su caso basándose en la historia de vida de la familia a la que atendían en ese momento, debían resaltar el impacto que tuvo el proceso sobre ellos mismos (versión de sentido). El docente del curso y los demás integrantes del grupo colaboraron para la construcción del caso, por lo que este pasó a ser propiedad del grupo, pues la información producida en conjunto fue incorporada en el informe final de cada estudiante (psicólogo) y en algunas situaciones, aplicada por otros participantes.

Cada caso de violencia familiar presentado fue analizado; se revisaron los datos y la historia de vida de ese grupo familiar. Se hicieron sugerencias para la aproximación al caso y se recomendaron actitudes para cada proceso. Pero por encima de todo esto,

---

<sup>8</sup> “La teoría de la intersubjetividad está construida sobre la noción de que la experiencia subjetiva de vida de cada persona se conforma en función de la interacción con los otros. Una concepción de la subjetividad que incluya lo intersubjetivo implica sostener que lo propio de cada sujeto singular se configura con y por interacciones con otros, en mutuas presencias que se alteran con ausencias, en un contexto geográfico, histórico y social, de modo que todo sujeto es a un tiempo producto y productor de subjetividad, efecto y causa intersubjetiva.” (Campo, 2007, p. 33).



el interés principal estuvo centrado en la relación intersubjetiva alumno (psicólogo)-caso-grupo-profesor.

Todo el trabajo de supervisión y enseñanza tuvo como propósito que los psicólogos reflexionaran sobre el encuentro que mantuvieron con la familia, para que advirtieran el papel que juegan en el proceso terapéutico. Y lograran captar la esencia de la familia con la que se relacionaron. De esta forma presentaron ante el grupo la historia de vida, en la que se enfocaban en mostrar a los demás quién es esa familia, así como la subjetividad que tuvieron al interactuar con la misma. La presentación se realizó a través de la narración grupal dando pie a la discusión del caso. Dicha narración sirvió para que los psicólogos observaran sus conductas y vivencias, las comprendieran y se dieran cuenta de las causas que originan sus prejuicios y nociones erróneas sobre la vivencia de la atención de la violencia familiar. Los participantes trataron de manejar las reacciones negativas reflexionando y preguntándose a sí mismos y a los demás sobre la dinámica de la familia e igualmente sobre las estrategias más efectivas a seguir. Manejaron sus reacciones negativas ante los casos, encauzando el sistema familiar.

Campo (2007) menciona que las discusiones en grupo expusieron que los participantes experimentaron diversos sentimientos. Pero, también mostraron evidencias de su crecimiento personal, a pesar de sentirse en ocasiones impotentes, cansados y desconcertados frente a las historias de violencia familiar. Los resultados fueron satisfactorios, pues se motivó el pensamiento reflexivo en los psicólogos ampliando sus perspectivas. La narración grupal permitió que se centraran en la violencia familiar con una visión más amplia, dinámica y experiencial<sup>9</sup>. Durante la revisión de casos se logró un ambiente colaborativo y se generó un cambio en la percepción, creencias y una mayor comprensión, ampliando la visión del mundo y replanteando la propia identidad.

Anteriormente a esta propuesta, Campo (2006) trabajó con otro grupo de supervisión. Hizo un registro de los participantes y los guió para lograr mejores resultados durante sus intervenciones directas con personas que viven en situaciones de violencia familiar. El fundamento de este trabajo es que a través de un medio audiovisual como lo es el cine se puede crear conocimiento para la formación de

---

<sup>9</sup> La autora aclara el significado que ella da a la palabra experimentar, pues no existe en castellano. Se utiliza para dar énfasis a la vivencia de la experiencia, en su lugar podría haber sido experimentar, pero no quería que se relacionara con la noción de experimento.

profesionales en la atención de la violencia familiar. El cine es un medio que puede representar y reflejar el mundo y los sucesos humanos, de forma que es un mensaje social de una época determinada en la que se produce. Por lo que puede ser un recurso didáctico y proporciona ejemplos relacionados con la intervención terapéutica individual, familiar o grupal, así como la aplicación de teorías psicológicas. “La idea es que el cine genere interacción, motivación, implicación, aplicación, tutoría y resolución de problemas, dentro y fuera del aula.” (Campo, 2006, p. 17).

La estrategia de enseñanza consistió básicamente en ver la película *Te doy mis ojos*<sup>10</sup>, discutirla a través de la modalidad del “cine-foro” y por último desarrollaron un análisis psicocinematográfico. De esta forma se propició una enseñanza sobre la intervención de la violencia familiar, donde la película transmitió diferentes contenidos, mientras que el profesor realizó intervenciones didácticas, provocando una integración de aprendizajes. En este caso las estrategias vivenciales se dan en el momento en que todos los participantes se interrelacionan y comparten sus experiencias de lo que acaban de ver, con la idea de que se generaran sensaciones similares a las que se producirían de la observación y conducción de un caso real de intervención de la violencia familiar. El resultado fue que los participantes lograron organizar los conocimientos que adquirieron sobre el tema, se familiarizaron y dominaron las teorías y conceptos más importantes.

El principal logro alcanzado por los alumnos fue: un proceso de aprendizaje personal de conocimientos, actitudes, valores y emociones derivadas del fenómeno familiar violento. En general el resultado fue satisfactorio, se innovó al utilizar el cine como estrategia didáctica y las guías que se obtuvieron de la película sirvieron para facilitar el conocimiento de los participantes (Campo, 2006).

#### **4.3.1. Grupo de supervisión**

---

<sup>10</sup> Sinopsis de la película: “Una noche de invierno, una mujer, Pilar sale huyendo de su casa. Lleva consigo apenas cuatro cosas y a su hijo, Juan. Antonio no tarda en ir a buscarla. Pilar es su sol, dice y además, “le ha dado sus ojos”. Los personajes irán reescribiendo ese libro de familia en el que está escrito quién es quién y qué se espera que haga pero en el que todos los conceptos están equivocados y donde dice hogar se lee infierno, donde dice amor hay dolor y quien promete protección produce terror.”(Campo, 2006, p.22).

Con base en lo anterior la propuesta para el grupo de supervisión queda de la siguiente forma:

**OBJETIVOS GENERALES:**

1. Formar psicólogos y peritos en el campo de la violencia familiar
2. Aportar herramientas teórico metodológicas a los psicólogos y a los peritos para que logren intervenir de forma multidisciplinaria en el tratamiento de la violencia familiar.
3. Crear nuevos conocimientos en el campo de la violencia familiar a través de la revisión de casos.
4. Revisar materiales teóricos en subgrupos y compartir la información.
5. Revisar la reflexión sobre la experiencia propia acerca de la intervención en la violencia familiar.

**OBJETIVOS PARTICULARES:**

1. Revisar casos que los participantes presenten
2. Trabajar con las emociones de cada integrante, derivadas de la intervención con la violencia familiar.
3. Entrenamiento para adquirir destrezas clínicas para el trabajo con las familiar y/o personas en situación de violencia.
4. Vincular la teoría y la práctica.

La supervisión se llevará bajo los siguientes lineamientos:

- El horario para los peritos y psicólogos del turno de la tarde será de 9:00 AM a 12:00 PM.
- El horario para los peritos y psicólogos del turno de la mañana será de 3:00 PM a 6:00 PM.
- Las sesiones se llevarán a cabo una vez por semana y serán en forma permanente.
- Los participantes deberán acudir con un resumen de los casos que les parecieron más difíciles de atender o que aun no pueden resolver.

- Los participantes deberán presentar una reflexión por escrito de lo que sintieron al trabajar con esos casos, durante y después de la atención
- Debe existir igualdad de jerarquías dentro del grupo.
- Debe darse la libertad de expresión, todos pueden tener dudas sobre los que hacen ellos mismos y sobre lo que hacen los demás, así que es justo que al opinar no se haga con la intención de señalar al compañero, sino de mejorar su intervención profesional con los usuarios.
- Las sesiones deben de incluir una comparación con la teoría para observar la relación con la misma.
- Cada participante deberá generar al menos una sugerencia para construir una estrategia a seguir durante la intervención de cada uno de los ahí presentes, en el momento de interaccionar con la violencia familiar.
- Las sesiones proporcionarán material que deberá ser captado por los participantes, para que realicen un informe en donde se incluya dicho material.
- Cada mes se hará un recuento de los progresos que cada uno de los participantes ha tenido, así como una comparación del antes y el después de trabajar con la supervisión.

La supervisión es una opción para que los psicólogos y los peritos del CAVI revisen, comenten, intercambien puntos de vista, aclaren sus dudas con respecto al trabajo que realizan en la institución y sanen su propia persona. Es necesario lograr esa conciencia sobre la importancia que tiene mejorar la calidad de la atención en el centro, además de tener presente que los sentimientos negativos que provocan inconformidad por tener que estar más tiempo del que les es pagado en la institución, pueden ocasionar que no actúen éticamente ni de forma profesional, demeritando su trabajo.

#### **4.4. Investigación psicológica en el CAVI**

A través de este trabajo se ha hecho un recorrido teórico para sustentar una propuesta de trabajo para el psicólogo y el perito que se desempeñan en el CAVI como profesionistas en la atención de la violencia familiar. Pero no son independientes del centro y este pertenece a un complejo estructural aún más grande como lo es la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, así que debe tenerse presente que los cambios no sólo corresponden a la labor del psicólogo, sino a todos los involucrados en el problema de la violencia familiar, un problema que es considerado de salud pública por su alta prevalencia, por el daño que produce a la salud, por su impacto en los servicios de asistencia, por el sufrimiento y las muertes prematuras (Valdez & Híjar, 2002).

No es fácil combatir todas las situaciones violentas, por lo que deben existir propuestas de acción, guiadas por los diversos enfoques disciplinarios que la estudian. En este sentido, la prevención y el control son parte de la respuesta. De tal forma que las estrategias de prevención deben estar orientadas a reducir los factores de riesgo de la violencia familiar y a aumentar los factores de protección. Así se podrá constatar que entre más temprano se actúe en la vida de un individuo y en el desarrollo de conductas violentas, más efectiva va a ser la acción preventiva. Esto se desprende de la teoría de transmisión intergeneracional del maltrato que menciona que los niños violentados tienden a ser más agresivos, a tener dificultades para hacer y mantener amistades y para cumplir con el trabajo escolar. Cuando crecen, tienden a maltratar a sus propios hijos. Esto se explica como resultado del aprendizaje (Sauceda, 2002). Respecto a esto Patró y Limiñana (2005) señalan que este tipo de situaciones constituye un modelo de aprendizaje de conductas violentas dentro del hogar, algo que sumado a los factores de crianza punitivos, el abuso de sustancias y la presencia de trastornos de conducta en la adolescencia, han demostrado tener un papel importante en el riesgo de ejercer violencia contra la pareja en la edad adulta. Por lo que se tendrán que implementar medidas preventivas secundarias<sup>11</sup> orientadas a grupos de alto riesgo, combinadas con las denominadas primarias<sup>12</sup> dirigidas a la población en general y sobre todo a grupos

---

<sup>11</sup> Prevención secundaria: Programas que promueven la identificación temprana de diferentes tipos problemas e impulsan el tratamiento de los mismos en una etapa temprana de modo que no se desarrollen los trastornos. La idea básica de la prevención secundaria es atacar los problemas mientras todavía son manejables, antes de que se vuelvan resistentes a la intervención (Caplan, 1961; Sanford, 1965 citados en Trull & Phares 2003).

<sup>12</sup> Prevención primaria: Representa la desviación más radical de las formas tradicionales de afrontar los problemas. Caplan (1964) citado en Trull y Phares (2003) menciona que se trata de “contrarrestar las circunstancias perjudiciales antes de que hayan tenido oportunidad de producir enfermedad” (p.26).

de temprana edad. En este caso, la promoción del desarrollo social de niños y niñas, de grupos de alto riesgo, como la prevención de la violencia familiar en el ámbito comunitario y de los servicios, con la incorporación de los hombres. Además de una reforma curricular dirigida a cambiar los estereotipos culturales, promover una cultura de paz, valores cívicos y campañas educativas en los medios masivos.

De igual forma deberán llevarse acciones formativas y de fortalecimiento para la relación que existe entre padres e hijos para mejorar la comunicación familiar. Dentro de este aspecto existe la necesidad de articular modelos positivos, estimular la participación y la integración de todos los miembros de la familia, a través de la promoción de la salud psicosocial en la familia a través de estilos de vida saludables, formas de convivencia solidaria, así mismo la promoción de factores protectores, de habilidades para vivir, deportes, recreación saludable, fomento de valores cívicos y morales. Orientación individual, grupal y con la pareja, visitas domiciliarias, fomento de redes sociales y grupos de apoyo, entre los cuales debe existir uno para hombres ofensores (Imbert, 1992).

De lo anterior surge la necesidad de dar cumplimiento real a las propuestas priorizando las estrategias preventivas para no sobredimensionar las dirigidas al control de la violencia. Crear mecanismos funcionales de verdadera coordinación y participación entre los distintos sectores de la sociedad y el gobierno, para eficientar los recursos mediante una división de trabajo normada claramente para establecer las responsabilidades, así como los mecanismos para obtener resultados óptimos. Para ello es necesario monitorear y evaluar las acciones realizadas para mejorar el uso de los recursos y la calidad de los resultados; fomentar las acciones educativas y facilitar el aprendizaje sobre habilidades prácticas para resolver conflictos, dirigidas a todas las fracciones sociales. Se debe fortalecer el crecimiento de las redes sociales y la coordinación de las acciones dirigidas a prevenir y controlar la violencia. Por último, revisar y establecer mecanismos de administración de justicia más cercanos a las comunidades, que sean funcionales y que eviten la revictimización.

Para lograr lo anterior, dentro de las actividades que se requieren es la investigación y en el CAVI no se realiza, a pesar de contar con la información para hacerlo. Es necesario que se considere este tema para obtener hallazgos relevantes que permitan tener una visión más amplia y justa, sobre todo, porque la producción de información y conocimiento concerniente a la violencia es otra de las medidas que se

requieren para orientar políticas y programas. Ya no hablar solamente sobre la prevalencia de esta o de los diferentes tipos que existen, buscando las mismas características siempre. Con esto no se trata de decir que las investigaciones hasta ahora realizadas sean limitadas, al contrario dan luz a nuevas posibilidades, ya que sustentan particularidades de la violencia familiar imprescindibles para entenderla y poder actuar con la finalidad de controlarla y erradicarla. Es obligatorio seguir indagando sobre sus diferentes expresiones en todos los miembros de la familia: menores, mujeres y hombres. Es urgente que se implementen protocolos de investigación que documenten la violencia en contra de adultos mayores y discapacitados en el ámbito familiar.

El CAVI es una institución que busca apoyar a los usuarios para mejorar su calidad de vida, esta lo hace a través de la intervención en la violencia familiar, sin embargo el centro tiene sus defectos, los cuales se han incrementado con el tiempo, esto debido a la gran demanda de atención y al personal que ya no es suficiente en cuanto a cantidad y capacidad. Sin embargo se pueden mejorar todas las condiciones del centro, con apoyo del mismo personal, de la institución y del gobierno del Distrito Federal, aprovechando sus propios recursos e implementando propuestas viables como la que se presentó en este capítulo.

## CONCLUSIONES

La familia es un grupo social en el que se transmiten tradiciones y costumbres de generación en generación. Existen varios tipos, el más conocido es el nuclear conformado por ambos padres unidos en matrimonio y por los hijos. Aunque no sea el más común, ya que actualmente se observan diferentes modelos, por ejemplo, las familias extensas integradas por más de uno de estos grupos, los hijos que crean nuevas familias no cambian de residencia, se quedan con los padres, de manera que abuelos, hijos, tíos, primos, hermanos, etc., conviven en un mismo contexto. También existen las reconstituidas compuestas por padres viudos o divorciados que deciden unirse en pareja nuevamente. Por otro lado, están las monoparentales, con sólo uno de los padres, quien funge como proveedor y cuidador de casa. Esta diversidad no implica que las funciones contrasten totalmente, pues generalmente buscan el bienestar de sus miembros, conservando y reproduciendo las relaciones sociales entre todos sus integrantes, tanto en el interior como en el exterior, es así, que como grupo social está en constante movimiento transformándose cada que lo requiere. Estos cambios deben acompañarse de reestructuraciones en el trato que se le da y en la formación al interior de la misma. Por ejemplo, los roles ya no pueden seguir estableciéndose por género y edad, ya que hombres y mujeres contribuyen al gasto familiar, ambos cuidan y crían a los hijos o los mismos hermanos se cuidan entre si porque los padres están fuera de casa buscando el sustento económico. Los abuelos y los tíos también educan y proporcionan afecto y protección. Esto es, la familia tiene que adaptarse a sus propias necesidades, para mejorar la calidad de vida de cada uno de sus integrantes.

Pero esta funcionalidad no es universal, Martínez y Bonilla (2001), así como Ramírez (2003) consideran que existen conductas que vuelven rígida la convivencia, sobre todo cuando se mantienen los roles tradicionales al momento de distribuir las actividades para cada miembro, jerarquizando el poder y otorgando control total a una sola persona. Entonces Se remarcan las diferencias de género en forma estereotipada, construyendo su identidad a través de modelos generalizados. Dando cuenta de que la familia perfecta no existe. Ya que culturalmente se han mantenido ideas que catalogan y excluyen a unos u otros, dependiendo de su condición sexual. En el caso de los hombres, a través de la historia han tenido más oportunidades de adjudicarse cualidades que con el tiempo ya se les identifica, como la fortaleza física, la capacidad



de tomar decisiones y de destacar laboralmente. De esta forma se les conoce como los proveedores de la familia. Mientras que a las mujeres se les ha signado de forma distinta debido a la naturaleza biológica que las acompaña, son ellas quienes se embarazan y después cuidan a los hijos, deben permanecer en casa al pendiente de su familia. Pero esta perspectiva tradicionalista, con la que se creía que todo era color de rosa y siempre reinaba la armonía y la felicidad puede dar origen a la violencia familiar, no se trata de causa y efecto, pero cuando las reglas no son flexibles, cualquier cambio puede ser interpretado como una agresión por el que ha establecido las pautas de comportamiento, entonces responde de forma violenta tratando de reordenar su organización. Al utilizar la violencia y observar que la medida que tomó le ha funcionado por todo lo que el acto puede implicar, el generador reconocerá que es útil y valido maltratar cada que así lo considere necesario.

Respecto a lo anterior, los estudios de género muestran que los roles para hombres y mujeres se han dado debido a circunstancias sociales y culturales, provocando que se haga una división en femenino y masculino, diferencia que se ha fundamentado también en elementos biológicos. Este proceso a través del cual se instituyen los roles depende de diversos factores entre los que se reconoce la contribución de la familia en la transmisión de los valores que mantienen una desigualdad entre los géneros (Martínez & Bonilla, 2000; Barbera & Martínez, 2004). Pero, la familia no es única responsable de mantener los roles estereotipados para cada sexo. La sociedad en conjunto es partícipe de este sistema de valores, existe una reciprocidad de influencia en todos los ambientes, no se puede vivir aislado de las demás instituciones y grupos que forman parte de la misma cultura.

Se observa que en el tema de la violencia familiar debe ponerse mucha atención, además del maltrato de cualquier tipo y sus consecuencias, a la familia, pues su nombre indica que es en ella donde se genera, se fomenta y se vive.

Por otro lado la violencia familiar como fenómeno ha sido muy estudiada y los datos muestran variables que están relacionadas con el tema, pero no se indican como la causa directa del problema, pues influyen muchas otras circunstancias, ya que resulta complejo y multicausal. Castro y Riquer (2003) consideran que las variables más investigadas son: las zonas geográficas, la condición étnica, la religión, los niveles socioeconómicos, los roles sociales, las enfermedades orgánicas y las adicciones. Además de la magnitud de este fenómeno en donde los número son muy alarmantes.

Por ejemplo, en el primer trimestre del año 2007, instancias en el Distrito Federal como: el albergue para mujeres que viven violencia familiar, la red de UAPVIFs, El DIF y el Instituto de la Mujer, señalan un total de 4202 casos atendidos entre todas (Portal de la Dirección General de Igualdad y Diversidad Social, 2007). Estos informes son sólo una prueba del gran problema que representa la violencia familiar, pues aun son muchos los casos que no se reportan. A pesar de que ahora se cuenta con indicadores más precisos para conocer la prevalencia de este problema en el país, es necesario reconocer que su complejidad y magnitud probablemente puedan ser de mayor dimensión. Con tal impacto, Valdez e Híjar (2002) mencionan que la violencia familiar se convierte en un problema de salud pública, que repercute en la salud de las personas en todas las áreas de su desarrollo. Con esta visión médica se destacan las consecuencias físicas de la violencia familiar que pueden ir desde moretones hasta heridas muy profundas que dejan ver la peligrosidad que implica permanecer dentro del hogar, resaltando la necesidad de buscar ayuda para salvaguardar la propia vida.

En este sentido el gobierno federal ha realizado algunas acciones con la finalidad de intervenir oportunamente y brindar la atención que se requiere para revertir los efectos de la violencia familiar en lo más que se pueda. Así en el año 2000 se expidió la Norma Oficial Mexicana Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar. En la que se establece el derecho a la protección de la salud de hombres y mujeres. De forma que todos los prestadores de servicios de salud de los sectores público, social y privado que componen el Sistema Nacional de Salud tienen la obligación de promover, proteger y restaurar la salud física y mental de los usuarios involucrados en situaciones de violencia familiar, a través del tratamiento o referencia a instancias especializada. Incluyendo la promoción de relaciones no violentas, la prevención, la detección y el diagnóstico de las personas que viven con este problema (Secretaría de Salud, Diario Oficial de la Federación, 2000).

Sin embargo, no siempre sucede así, como lo muestra la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM) realizada en las 32 entidades del país en el año 2003, esta destaca que las mujeres no acuden a los servicios de salud por la violencia vivida, sino por las consecuencias de la misma y la mayoría de ellas lo hace hasta 6 meses después. Además de que los prestadores de estos servicios como lo son los médicos y las enfermeras no preguntan sobre la situación que los usuarios viven en casa, así que no se indaga sobre la violencia familiar, mucho menos se busca

prevenirla. Se deduce, entonces que la violencia familiar no es bien atendida en los sectores públicos de salud, sobre todo porque no se ve más allá de las consecuencias físicas y el maltrato, no basta con referir a la violencia física aunque es la más tangible y fácil de identificar, no se puede sostener la idea de que es la única forma de causar daño, ya que adquiere formas más sutiles y a veces imperceptibles, justo como lo mencionan Hirigoyen (2000) y Lammoglia (2002), ya que verbalmente se puede humillar y denigrar a las personas y no es necesario que sea de forma agresiva, simplemente el constante comentario que descalifica o etiqueta es el que socava la autoestima del receptor.

También en la familia se da la violencia sexual, que contradice todo lo que se piensa del dulce hogar, se cree que el daño se producirá fuera de casa y sin embargo es más factible que se dé dentro, entre los mismos familiares que supuestamente deben protegerse y cuidarse entre sí. Mientras tanto la violencia patrimonial se vuelve invisible al no retomarse como grave, se menciona en ocasiones en los estudios de violencia familiar, pero no se profundiza en sus métodos y consecuencias. Se habla de un control o una restricción económica sobre la pareja, generalmente del varón hacia la mujer. Las consecuencias de esta no se especifican como en los otros tipos de maltrato, así que es necesario que se retome este punto por el simple hecho de pertenecer a la violencia familiar y se realicen investigaciones más profundas del tema para ampliar el conocimiento de sus alcances (Manual de prevención primaria de la violencia intrafamiliar, 2004).

Es necesario que se atienda la violencia familiar desde una perspectiva multidisciplinaria para intervenir en todas las esferas que son afectadas por este problema.

El Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI), dependencia de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (PGJDF) brinda ayuda a las personas que viven violencia familiar y cuenta con servicios jurídicos, psicológicos y de trabajo social. Su trabajo se rige con base a la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar para el Distrito Federal (Agenda Penal, 2004). A través de ella se establecen los procedimientos de ayuda a los receptores de la violencia familiar y los principios para atender los aspectos de prevención.

De la definición de violencia familiar que proporciona dicha ley se remarca que existe un abuso de la fuerza en una relación desigual de poder provocando un daño en

otra persona, así los integrantes de la familia se comportan como generador o receptor. La fuerza puede ser física o moral y el daño es el atentado contra la integridad física, psíquica y emocional del receptor. La violencia tiene que darse en forma recurrente y se enfatiza que no importa el lugar en donde se genere la violencia, siempre y cuando se de entre los miembros de la familia, entendida ésta en el sentido más amplio. Por otro lado las definiciones de generador y receptor no mencionan que deban pertenecer a un género específicamente, aunque ha prevalecido la idea de que sólo existe la violencia de los hombres hacia las mujeres, marcándolos como uno y otro, cerrando el panorama a una sola visión: la violencia de género.

El CAVI debe trabajar con los principios que la ley le señala, sin embargo, a través del tiempo ha prestado ayuda principalmente a mujeres, lo que ha provocado que la labor de los profesionistas que participan en el centro se realice desde una perspectiva muy estrecha, señalando a la mujer como receptora, mientras que al hombre se le ha catalogado como generador. Esta perspectiva más bien feminista necesita ser cambiada por una visión de género dentro de la institución, se requiere constituir un pensamiento crítico capaz de cuestionar los conocimientos establecidos y así los estereotipos de género y los roles familiares, introduciendo nuevas formas de percibir a hombres y mujeres, sin categorizarlos como grupos excluyentes entre sí.

La labor que desempeña el CAVI a diario es titánica, pues atiende a cientos de personas que acuden buscando ayuda, sin embargo la demanda de trabajo ha provocado que el personal ya no otorgue un servicio de calidad. Por lo que es necesario atender todos los aspectos que afectan la tarea del centro, sin embargo este trabajo refiere específicamente a la unidad departamental de atención psicológica, desde una simple observación fruto de la experiencia personal.

Se ha hecho una descripción de las actividades que en dicha área realizan los psicólogos y los peritos, con la intención de identificar las fallas más visibles que puedan dañar el servicio que ofrecen.

De inicio se retoma la capacitación con la que cuentan estos profesionistas, ya que al trabajar con la violencia familiar se requiere de un entrenamiento que permita manejar de la mejor forma posible las situaciones a veces tan impactantes que se presentan, por ejemplo las mujeres o niños golpeados, con claras evidencias de la brutalidad de la que han sido blancos. El cinismo del generador que culpa al otro de haberlo provocado, aceptando que él le propinó la golpiza, pero que era justo desde su

punto de vista porque se quebrantaron sus reglas. En otros casos la violencia no es tan clara, ni físicamente o psicológicamente, así que son necesarios conocimientos sobre las características del generador y del receptor además de la experiencia que otorga el trabajo diario para no equivocarse el diagnóstico.

Este entrenamiento no se adquiere en la universidad, pues el programa que se cubre en la licenciatura de psicología abarca conocimientos sobre diversas áreas y corrientes diferentes. En un periodo de 4 años con 6 meses se intenta revisar la historia de la psicología, los conceptos más básicos, las principales características de cada corriente psicológica, para después enfocarse en un área específica, de la cual el estudiante se siente atraído y supuestamente quiere profundizar. Pero a pesar de dividir la psicología en áreas, de las cuales una se revisa específicamente durante los últimos 3 semestres, no alcanza para aprender a manejar la violencia familiar.

Los planes de estudio de la carrera en términos generales tienen como principal carencia la desigualdad entre la teoría y la práctica profesional. La licenciatura se desarrolla aislada de los organismos y lugares donde se practica la psicología como profesión, provocando un limitado entrenamiento en lo que ha procedimientos de intervención profesional se refiere. La formación con que egresan los graduados está muy desligada de las problemáticas y demandas sociales que los psicólogos tienen que resolver (Castro, 2004).

Es así Cullari (2001) señala que los cursos de postgrado son los que permitirán al psicólogo desenvolverse correctamente en el área que ha elegido. Entonces, si quiere dedicarse a trabajar con este fenómeno deberá ir más allá de la licenciatura y hacer una especialización que le proporcione las habilidades necesarias.

Podría pensarse que los psicólogos que trabajan en el CAVI tienen amplios conocimientos sobre el tema de la violencia familiar y por lo tanto saben manejar todas las situaciones que se presentan a diario. Pero esto no se puede asegurar, ya que el proceso de reclutamiento y selección no existe y como único requisito se pide el título de la licenciatura. Lo cual no garantiza que el psicólogo sea apto para desempeñarse correctamente en el centro.

Aunado a lo anterior, el CAVI no cuenta con cursos de inducción y capacitación para los psicólogos, el tiempo no permite que estos se lleven a cabo, pues los turnos se cubren atendiendo a los usuarios. La líder coordinadora de esta unidad departamental procura dar referencias generales del trabajo que se realiza, pero no detalla cómo se

debe hacer, pues deduce que al ser titulado el nuevo psicólogo ya sabe evaluar, diagnosticar e intervenir. No siempre es así, se ha mencionado que la experiencia que se adquiere a través del tiempo y el trabajo, es el mejor entrenamiento que puede tenerse, pero en el CAVI lo que menos hay es tiempo para ir aprendiendo, ya que se debe participar de lleno en todas las actividades. Así la incompetencia con la que se termina la carrera no es reparada al ingresar al centro.

Entonces, el entrenamiento no es una prioridad en el CAVI, lo que no garantiza el buen desempeño de los psicólogos, y por otro lado, ellos no buscan mantener la competencia que requieren para su preparación y perfeccionamiento continuo, estancándose en el conocimiento de su ciencia. Mientras que la institución también obstruye su desarrollo profesional, pues no cuenta con bibliografía suficiente para consulta y los títulos que tiene no están actualizados.

Otra circunstancia que contribuye al mal desempeño de estos profesionistas es el exceso de trabajo, dando como consecuencia que actúen malhumorados, groseros e impacientes, revictimizando a los usuarios, por ejemplo, durante la primera entrevista tratan de acortar el tiempo minimizando el problema, haciendo sentir mal a la otra persona con comentarios como –hay señora, bien que le gusta que le peguen si no ya lo hubiera dejado-. A veces entre los mismos psicólogos bromean a costa de los usuarios, en época navideña se comenta que el premio es un arcón para la mujer que acude más de dos veces por dejar inconcluso el proceso, señalándolas como tontas, el arcón contiene dos noches y dos días en el albergue para mujeres golpeadas del Distrito Federal, dos patadas y una prueba de Machover. Estos comentarios demuestran la insensibilidad que tienen los psicólogos ante la violencia familiar, es por lo que resulta necesario que se capacite en este tema, pues se ignoran las características de la misma, por lo que se desconoce que salir del círculo de maltrato puede ser complicado y se requiere de ayuda profesional.

Con las jornadas de trabajo que en ocasiones muy seguidas se alargan, los psicólogos se sienten agobiados, pierden el respeto hacia los usuarios y hacia sus compañeros. Se podría esperar que al trabajar en una institución pública, los psicólogos buscaran contribuir con sus conocimientos, pero ha sido todo lo contrario, sólo esperan que se termine el día para poder irse, mientras tanto realizan sus actividades lo más rápido posible, copiando reportes ya hechos, minimizando la importancia del maltrato, al grado de verlo como algo insignificante, en donde a ellos sólo les corresponde cumplir

con las actividades asignadas y si dentro de estas no se remarca el comportamiento ético, entonces no es necesario esforzarse por ser profesional en lo que se hace. Se deben retomar los principios éticos del psicólogo, ya que su desempeño dentro de la institución deja mucho que desear.

Parece que es un problema en el que ambas partes tienen responsabilidad. La institución no ha buscado mejorar las condiciones laborales del personal, al contrario, la sobrecarga de trabajo ha provocado que el psicólogo se sienta incómodo y molesto frente a todas las actividades que tiene que realizar, sobre todo cubrir el turno de fines de semana y días festivos. Cabe mencionar que el proceso de evaluación es el único a desempeñar en dicho turno en el CAVI, sin embargo la demanda de atención se incrementa en estos días, sobre todo en fechas significativas como son Navidad y Año Nuevo. Es necesario que la institución considere contratar un perito y a un psicólogo específicamente para estos días, pues obligarlos a asistir en estas fechas es muy perjudicial para su trabajo. Por su parte el psicólogo debe hacer una autoexploración de sus capacidades y limitaciones para decidir en beneficio propio y del usuario.

En este sentido, tiene que haber una aceptación por parte de la institución sobre la idea de que el cambio tiene que ser integral actuando sobre las dimensiones individuales, sociales y organizacionales.

Por lo anterior es necesario que el CAVI y no sólo este, sino toda la PGJDF tomen en cuenta que es muy importante brindar una preparación adecuada para los psicólogos que laboran en el centro, esto debido al requerimiento que implica que los profesionales se adapten a los constantes cambios tecnológicos, sociales y culturales, ya que los puestos de trabajo únicos no existen y los psicólogos deberán desempeñar varias y variadas actividades y la formación que han recibido por parte de la licenciatura no los ha preparado lo suficiente para afrontar esta nueva realidad de crisis que se presenta a diario en el ámbito laboral.

Por ello se requiere una formación fresca y continuada que permita hacerle frente a todos aquellos aspectos que conlleva el trabajar con violencia familiar, diferentes a los técnicos proporcionados por la escuela. Esto es, programas de formación que contemplen el desarrollo de competencias personales, emocionales y profesionales que serán las que faciliten la comunicación con eficacia, así como el desempeño del trabajo en grupo y el manejo de las emociones. De tal forma la PGJDF puede implementar una carrera de postgrado para los psicólogos del CAVI o simplemente para cualquier

profesionista de la salud que desee adquirir la capacitación necesaria para trabajar con la violencia familiar, como sucede con los peritos, retomando los aspectos mencionados, además de diferenciar cada uno de ellos de acuerdo a lo que se requiera en las diferentes áreas: evaluación, intervención, docencia e investigación.

Para lograr un mejor resultado se requiere definir el puesto de trabajo, esto es, examinar las tareas que el CAVI requiere del psicólogo. Es necesario determinar las capacidades que los psicólogos deben tener. Se debe evaluar el grado en que las instituciones educativas proveen información sobre la actividad laboral, específicamente del desempeño y desarrollo en una institución que trabaja directamente con personas que se encuentran en situaciones de violencia familiar.

Además debe hacerse un diagnóstico sobre las necesidades de los perfiles laborales de diversas instituciones y no sólo los del CAVI, para efectuar una planificación eficaz de recursos humanos. Sobre todo porque se señala al psicólogo como un profesional con destrezas y competencias genéricas, destacando la formación académica relacionada con la psicología clínica, en comparación con otras áreas, asimismo se tiene la idea de que la psicología está relacionada exclusivamente con el tratamiento terapéutico, lo cual no es correcto, sin embargo para trabajar en el CAVI si es el principal perfil que se requiere. Pero esto no enmarca el conocimiento del psicólogo y aunque su área de desarrollo sea la clínica, debe tener los sustentos necesarios en diferentes materias ligadas a su labor.

La propuesta para resarcir la falta de entrenamiento, es la inducción para proporcionar al psicólogo un panorama específico sobre sus actividades en el CAVI y cómo debe desenvolverse para realizarlos. Después el taller que abarca los principales temas relacionados con la violencia familiar y con la institución. Así el psicólogo se sentirá más seguro y confiado en su desempeño, pues tendrá las bases teóricas para enfrentar las situaciones difíciles, además contará con nuevas habilidades para identificar las características de la violencia familiar. El curso también puede ayudar a que el psicólogo se sienta parte del centro, además de convivir como igual con sus compañeros, ya que todos serán vistos como alumnos, con las mismas oportunidades de aprender.

Con la capacitación se pretende que los psicólogos, empleen sus conocimientos a favor de los usuarios y se sientan satisfechos con su desempeño. Pero es necesario que después de poner en práctica sus nuevas habilidades, su trabajo sea supervisado.



Ya que además de requerir conocimientos sobre el tema, también es necesario un espacio en el que ellos expresen sus dudas y complementen la información para enfrentar situaciones que no se han previsto o que por la gravedad del caso, se sientan emocionalmente afectados y por lo tanto su estabilidad psíquica corra riesgos. Se tiene que tomar en cuenta que la relación terapéutica puede ser complicada y el psicólogo debe ser capaz de escuchar para recabar la información tal cual es expresada, sin que reaccione de acuerdo a sus propios problemas o experiencias. Sí puede actuar como un observador partícipe del proceso terapéutico y tener reacciones espontáneas, pero deberá tener cuidado para que estas no puedan ser causa de influencia en los pacientes y de alguna forma guíen inadvertidamente sus respuestas y conductas. Pero todas las dificultades a las que se enfrenta el terapeuta pueden provocar en él un alto grado de estrés dando como resultado que pierda el control del proceso e involucre sus propios sentimientos, reaccionando de diversas formas afectando al grupo. Con esto se vuelve necesario que él realice una autoexploración de su propia personalidad, para que logre un conocimiento pleno de sus procesos interpersonales y pueda emplearlos en beneficio del paciente durante la relación terapéutica. Pero no sólo el psicólogo tiene responsabilidad, la institución también es partícipe, ya que es la que respalda las evaluaciones.

Entonces, tanto la institución como los profesionistas que en ella laboran deben tomar conciencia de que es necesario contar con tiempo y espacios físicos para la capacitación y la supervisión de casos. Campos (2006) comprobó que los psicólogos obtenían frutos positivos al compartir sus dudas y conocimientos, permitiéndoles a ellos y a sus compañeros resolver los obstáculos que se presentaban durante la evaluación o la intervención. Además de estos beneficios se espera que los psicólogos al hablar de sus experiencias, trabajen con sus sensaciones y sentimientos, pues no es posible aislar las reacciones propias sobre la violencia familiar y será mucho mejor saber manejar dichas reacciones que tratar de ocultarlas o exponerlas de forma negativa. La oportunidad que brinda el grupo de supervisión al psicólogo de expresar sus conflictos con la violencia familiar hace de este un espacio de contención en el que se puede desarrollar la conciencia personal y aceptar que existe una vivencia y por lo tanto también se involucran estados afectivos, así no se aislará la propia experiencia, sino que se empleará para mejorar la comprensión de los casos, evitando que se

desvalorice la violencia familiar y todo lo que esta implica, presentándola ante el usuario como algo muy simple que pareciera que no vale la pena atender.

Estas conductas del psicólogo que no han sido atendidas, reflejan lo que él vive a diario en el CAVI y que puede estar provocándole un alto grado de estrés ocasionando un desequilibrio emocional y otros problemas de salud, derivados de la presión en el trabajo.

Lo anterior reitera la relación directa que existe entre el CAVI como institución y el desempeño del psicólogo, quien percibe injusto su ambiente laboral. Este problema no se reduce solamente a la respuesta de inadaptación a las condiciones del trabajo, sino que se relaciona de forma muy estrecha con las actividades que realiza y esto puede ocurrir de modo inadvertido para él y para el centro como organismo. Sin embargo se pueden desencadenar un sin fin de enfermedades físicas o mentales, que están estrechamente relacionadas con el trabajo desempeñado (Palmer et al., 2005). Así se vuelve imperante que el tratamiento del estrés laboral se considere necesario y urgente, pero antes debe ser detectado para lo cual se sugiere la utilización del cuestionario de Maslach (1980) citado en Palmer et al. (2005), el cual puede ser aplicado a todos los psicólogos y peritos del CAVI. Con lo que se espera que estos profesionistas acepten de mejor talante participar en el taller y en el grupo de supervisión, pues además de aclarar dudas respecto a los casos, también podrán trabajar todo lo que les causa estrés y que pueda llevarlos a un padecimiento más grave como lo es el síndrome de burnout.

La propuesta presentada en este trabajo puede llevarse a la práctica y para hacerla más real es necesario que se haga un diagnóstico de las necesidades de capacitación que requiere cada psicólogo, para trabajar con las deficiencias reales, sobre todo porque la idea no es cerrar el panorama a una sola visión, además se requiere del calculo correcto de horas que son justas para esta actividad pues como se mencionó el trabajo es mucho y el tiempo poco.

Finalmente es importante remarcar que el problema de la violencia familiar es multicausal y por lo tanto muy complejo, por lo que se requiere de la participación de diferentes actores sociales y no sólo de la familia, pues existe una reciprocidad entre la sociedad y el núcleo familiar, a través de la cual se envían y reciben mensajes que fomentan la violencia, impidiendo que esta se controle y erradique, saturando los centros, las unidades, las organizaciones y todos aquellos lugares en los que se busca

atender las consecuencias de la violencia familiar, mermando así los resultados, provocando que todo este esfuerzo se vuelva solamente un paliativo.

## Referencias

- Agenda Penal del Distrito Federal (2004). Compendio de leyes, reglamentos y otras disposiciones conexas sobre la materia. México: Ediciones fiscales Isef.
- Ludewig, K. (2006). *Terapia familiar y de pareja*. Chile: Mediterráneo Ltda. p. 366-377.
- Maida, S. M. (2006). *Terapia familiar y de pareja*. Chile: Mediterráneo Ltda. p. 444-460.
- Almenares, A. M., Louro, B. I & Ortiz, G. M. (1999). Comportamiento de la violencia intrafamiliar. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 15 (3). Recuperado de: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-251999000300011&lng=es&nrm=iso](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-251999000300011&lng=es&nrm=iso)
- Anda G. C. (2004). *Introducción a las ciencias sociales* (3ª ed.). México: Limusa
- Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. España: Gedisa.
- Anguera, A. T. (1999). *Observación en psicología clínica: aplicaciones*. España: Universitat de Barcelona.
- Azaola, E. (1993). El maltrato infantil: algunas propuestas. En *Problemática del menor en la Ciudad de México, II Asamblea de representantes del Distrito Federal*, México, p. 47-52
- Azaola, E. (2003). *Violencia intrafamiliar y maltrato infantil*. Cuadernos para la educación en Derechos Humanos. México: Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal
- Baena, P. G. (1986). *Instrumentos de investigación*. México: Mexicanos Unidos.
- Barbera, H. E. & Martínez, B. I. (2004). *Psicología y Género*. Madrid: Prentice Hall.
- Bellak, L. (1993). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. México: El Manual Moderno.
- Bender, L. (1938). *Test Gestáltico Visomotor*. Buenos Aires: Paidós.
- Berkowitz, L. (1993). *Agresión. Causas, consecuencias y control*. España: Desclée de Brower, S. A. Biblioteca de Psicología
- Bernstein, D. A., Nietzel, M. T. (1986). *Introducción a la psicología clínica*. México: Mc Graw Hill.

- Bosch, E. & Ferrer, V. A. (2002). *La voz de las invisibles. Las víctimas de un mal amor que mata*. España: Ediciones Cátedra Universitat de Valencia. Instituto de la Mujer.
- Buck, J. N. (1964). Manual y Guía de interpretación de la técnica de dibujo proyectivo H-T-P. México: El Manual Moderno.
- Buela, C. G. & Caballo, V. E. (Comps.) (1991). *Manual de psicología clínica aplicada*. México: Siglo XXI.
- Buela, C. G. & Sierra, J. C. (2001). *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos*. España: Biblioteca Nueva.
- Burin, M. & Meler, I. (2001). *Género y familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Buenos Aires: Paidós
- Campo, R. M. (2006). El cine como recurso tecnológico en la creación de conocimiento: estudio de caso en la enseñanza de la orientación de la violencia familiar. *Enlace: Revista Venezolana de Información, tecnología y conocimiento*, 3 (3), 11-31.
- Campo, R. M. (2007). Un modelo de entrenamiento en la orientación de la violencia familiar. Bases fenomenológicas e intersubjetivas. *Omnia*, 13 (1), 25-50
- Castro, R. & Riquer F. (2003). La investigación sobre violencia contra las mujeres en América Latina: entre el empirismo ciego y la teoría sin datos. *Cad. Saúde Pública*, 19 (1), 135-146.
- Castro, S. A. (2004). Las competencias profesionales del psicólogo y las necesidades del perfil profesional en los diferentes ámbitos laborales. *Interdisciplinaria*, 21 (2), 117-152
- Corsi, J. (1999). *Una mirada abarcativa sobre el problema de la violencia familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Corsi, J.(comp.) (1994). *Violencia Familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Buenos Aires: Paidós
- Cullari, S. (2001). *Fundamentos de psicología clínica*. México: Pearson Educación.
- Del Río, S. C. (2005). *Guía de ética profesional en psicología clínica*. España: Pirámide.
- Díaz, I., González, O., Morales, H. & Reyes, A. (2003). *Usos del equipo reflexivo con familias afectadas por el VIH/SIDA*. Sesión de cartel presentada en el II Foro en VIH/SIDA/ITS en América Latina y el Caribe, La Habana, Cuba.

- Díaz, M. & de la Garza, A. J. (2003). Violencia intrafamiliar: frecuencia y características en ambientes urbano y rural. *Gac Méd Méx*, 139 (4), 356-361
- Díaz, O. C. (2002). Síndrome de la mujer maltratada en un hospital de tercer nivel. *Gac Méd Méx*, 138, (2), 158.
- Diccionario Larousse de la Lengua Española (2005). México: Larousse
- Echeburúa, O. E. (1993). *Modificación de conducta y psicología clínica*. España: Universidad del País Vasco.
- Echeburúa, O. E. (1996). *Personalidades violentas*. España: Pirámide.
- Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003 (ENDIREH) (2004). México: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
- Entel, R. (2004). *Mujeres en situación de violencia familiar*. Argentina: Espacio Editorial
- Esquivel, A. F., Heredia, A. C., Lucio, G. E. (1999). *Psicodiagnóstico clínico del niño* (2ª ed.). México: El Manual Moderno.
- Fernández, A. M. (comp.) (1992). *Las mujeres en la imaginación colectiva. Una historia de discriminación y resistencias*. Buenos Aires: Paidós.
- Fernández, O. M., Vargas, T. B., Dickinson, B. M., González, Q. E., Palomeque, R. M., Sánchez, O. V. & Dichiara, K. A. (2001). La experiencia de un programa de atención a la violencia en una unidad de primer nivel para población abierta. *Revista, Facultad de Medicina, UNAM*. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/publica/revista/rev2-2001/Un12-exp.html>
- Garfield, S. L. (1979). *Psicología clínica: El estudio de la personalidad y la conducta*. México: El Manual Moderno.
- Gelles, R. & Levine, A. (2001). *Sociología*. México: Mc Graw Hill.
- Giberti, E. (2005). *La familia a pesar de todo*. Argentina: Novedades educativas.
- Gil, M. P. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. España: Pirámide
- Giraldo, R. M. L. (2006). *Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal 2006 (EMPAM-DF)*. México: Instituto de Investigaciones Sociales UNAM y El Colegio de México.
- Grados, A. J. (2003). *Reclutamiento, selección, contratación e inducción del personal*. México: El Manual Moderno.

- Híjar, M. (1997). La violencia y sus repercusiones en la salud: reflexiones teóricas y magnitud del problema en México. *Salud Pública de México*, 38 (2), 565-572
- Híjar, M., Ávila, B. L., Valdez, S. (2006). ¿Cuándo utilizan servicios de salud las mujeres que viven en condiciones de violencia de pareja? *Salud Mental*, 29 (6), 57-64
- Hirigoyen, M. F. (2000). *El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Paidós.
- Imbert, G. (1992). *Los escenarios de la violencia, conductas armónicas y de orden social en la España actual*. Barcelona: Icaria.
- Instituto de la Mujer (1999). *Las Conferencias Mundiales de las Naciones Unidas sobre las mujeres*. México: Autor.
- Instituto Mexicano de Investigación de la Familia y Población A. C. (IMIFAP) (1998). *La violencia doméstica: lo que el personal de salud debe saber*. México: Autor
- Jiménez, G. A. B. (2005). *Modelos y realidades de la familia actual*. España: Fundamentos.
- Jiménez, G. F. (1992). *Evaluación en psicología clínica: proceso, método y estrategias psicométricas*. España: Amaru.
- Kaplan, H. J. & Sadock, B. J. (1998). *Terapia de grupo* (3ª ed.). Madrid: Médica Panamericana, S. A.
- Juárez, R., Valdez, S. R., Hernández, R. D. (2003). Las Redes sociales y la noción de apoyo social en mujeres con experiencia de violencia conyugal. Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible en:  
<http://revistas-redes.rediris.es/webredess/arsrosario/JuarezRamirez.pdf>
- Kazdin, A. E. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica* (3ª ed.). México: Pearson Educación.
- Kendall, P. C. & Norton, F. J. (1988). *Perspectivas científicas y profesionales*. México: Limusa.
- Lammoglia, E. (2002). *La violencia está en casa. Agresión doméstica*. México: Grijalbo
- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. México: Diario Oficial de la Federación, 1º de Febrero de 2007.
- Lomnitz, L. (1998). *Redes sociales, cultura y poder: ensayos de antropología latinoamericana*. México: Porrúa
- Lowie, R. (1936). *Manual de cultura tropológica*. México: Porrúa.

- Machover, K. (1949). Personality projection in the drawing of the human figure. EE. UU.: Charles C. Thomas.
- Manual de prevención primaria de la violencia intrafamiliar. (2004). Guadalajara: Instituto Mexicano de la Mujer.
- Martínez, B. I. & Bonilla, A. (2000). *Sistema sexo/género. Identidades y construcción de la subjetividad*. España: Litografía, S. L. Valencia
- Mendieta, N. L. (1974). *Teoría de los agrupamientos sociales (la mecanización social)* (3ª ed.). México: Porrúa.
- Messner, J. (1960). *La cuestión social*. Madrid: Ediciones Rialp
- Minuchin, S. (2001). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Moreno J. L. (1995). *Las bases de la psicoterapia*. Argentina: Horme.
- Muñiz, J. (1998). *Teoría clásica de los test*. Madrid: Ediciones Pirámide, S. A.
- Navarro, D. A. & Ravelo, P. V. (2005). Violencia intrafamiliar en un área de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 21, (1-2). Disponible en:[http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086421252005000100004&lng=es&nrm=iso](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252005000100004&lng=es&nrm=iso)>
- Olaiz, G., Del Río, A, Híjar, M. (2004). *Violencia contra las mujeres 2003. Un reto para la salud pública en México*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Olaiz, G., Rico, B. & Del Río, A. (2003). *Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003*. México: Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Palmer, Y., Gómez, V. A., Cabrera, P. C., Prince, V. R. & Searcy, R. (2005). Factores de riesgo organizacionales asociados al síndrome de burnout en Médicos anesthesiólogos. *Salud Mental*, 28 (1), 82-91
- Pastor, R. G. (1988). Sociología de la familia. Enfoque institucional y grupal. España: Sígueme.
- Patró, H. R. & Limiñana, G. R. M. (2005). Víctimas de la violencia familiar: Consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas. *Anales de psicología*, 21, (1), 11-17.
- Pérez, C. C. (2001). Vivir en familia. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 17 (2). Recuperado de:[http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086421252001000200009&lng=es&nrm=iso](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252001000200009&lng=es&nrm=iso)>



- Ramírez, R. J. C. (2006). La violencia de varones contra sus parejas heterosexuales: realidades y desafíos. Un recuento de la producción mexicana. *Salud pública de México*, 48, (2), 315-327
- Ramírez, S. M. (2003). *Hombres violentos. Un estudio antropológico de la violencia masculina*. México: Plaza y Valdés
- Ramírez, V. A. (1993). *Psicología clínica: temas fundamentales desde la práctica*. España: Amaru.
- Sauceda, G. J. M. (2002). La salud mental y la violencia familiar dirigida al menor. *Gac Méd Méx*, 138 (2), 164-168.
- Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999. Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar. México: Diario Oficial de la Federación, 8 de marzo de 2000.
- Slaikeu, K. A. (1996). *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación*. México: El Manual Moderno, S. A. de C. V.
- Sorokin, P. A. (1938). *Las teorías sociológicas contemporáneas*. México: Porrúa
- Stith, S. M., Williams, M. B. & Rosen, K. H. (1992). *Psicología de la violencia en el hogar. Estudio, consecuencias y tratamientos*. España: Desclée de Brower, S. A.
- Trujillo, S. F & Fortes, R. M. (2002). *Violencia doméstica y coeducación. Un enfoque multidisciplinar*. España: Recursos 44 Octaedro.
- Trull, T. J. & Phares, E. J. (2003). *Psicología clínica. Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión* (6ª ed.). México: Thomson.
- Valdez, S. R. & Hijar, M. M. (2002). Del silencio privado a las salas de urgencias: la violencia familiar como un problema de salud pública. *Gac Méd Méx* 138 (2), 159-163.
- Valdez, S. R., Hijar, M. M., Salgado, S. N., Rivera, R. L., Ávila, B. L. & Rojas, R. (2006). Escala de violencia e índice de severidad: una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas. *Salud pública de México*, 48, (2), 221-223.
- Velázquez, S. (2004). *Violencias cotidianas. Violencia de género, escuchar, comprender, ayudar*. Buenos Aires: Paidós.
- Walker, Leonor (1979). *Las mujeres agredidas*. Nueva York: Harper and Row Publishers, Inc.

Portal de la Dirección General de Igualdad y Diversidad Social del Gobierno del Distrito Federal (2007). *Estadísticas de Violencia Estadísticas de Violencia Familiar presentada por las instituciones que participan en el Consejo para la Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar*. Recuperado el 15 de Mayo de 2007 de: <http://www.equidad.df.gob.mx/vfamiliar/estadisticas.html>

Portal de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (2007). *Acuerdo A/003/1998*. Recuperado el 15 de Mayo de 2007 de: <http://www.pgjdf.gob.mx/NORMATIVIDAD/acuerdos/1998/A-003-98.asp>

Portal de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (2007). *CAVI Violencia Familiar*. Recuperado el 15 de Mayo de 2007 de: <http://www.pgjdf.gob.mx/atenciónvictimas/cavi.asp>

# **ANEXOS**

## ANEXO 1

### Tasa de crecimiento media anual de los hogares por sexo del jefe, tipo y clase de hogar, 1950 a 2005

(Por ciento) Sexo del jefe Tipo de hogar Clase de hogar	1950-1960	1960-1970	1970-1990	1990-2000	2000-2005
Total de hogares <sup>a</sup>	1.6	3.8	2.5	3.2	1.9
Familiares <sup>b</sup>	2.3	3.6	2.6	3.1	1.7
Nucleares	ND	ND	ND	2.4	1.8
Extensos <sup>c</sup>	ND	ND	ND	5.5	1.3
No familiares	ND	ND	ND	5.4	5.0
Corresidentes	ND	ND	ND	1.2	3.4
Unipersonales <sup>d</sup>	ND	7.6	0.4	5.7	5.1
Hogares con jefe <sup>a</sup>	ND	3.4	2.5	2.8	1.4
Familiares <sup>b</sup>	2.4	3.2	2.6	2.7	1.2
Nucleares	ND	ND	ND	2.1	1.3
Extensos <sup>c</sup>	ND	ND	ND	4.9	0.7
No familiares	ND	ND	ND	5.7	5.0
Corresidentes	ND	ND	ND	1.7	3.6
Unipersonales <sup>d</sup>	ND	ND	-0.1	6.0	5.1
Hogares con jefa <sup>a</sup>	ND	6.3	2.5	5.0	3.9
Familiares <sup>b</sup>	1.4	6.0	2.6	5.1	3.7
Nucleares	ND	ND	ND	4.0	4.5
Extensos <sup>c</sup>	ND	ND	ND	6.9	2.6
No familiares	ND	ND	ND	5.1	4.9
Corresidentes	ND	ND	ND	0.6	3.1
Unipersonales <sup>d</sup>	ND	ND	1.0	5.4	5.0
NOTA:	Para 1950, 1960 y 1970 la información se refiere a familias censales mientras que de 1990 a 2005 corresponde a hogares, lo cual significa que no son enteramente comparables. En efecto, la familia censal consiste en un núcleo conyugal al que pueden agregarse hijos, otros parientes y/o no parientes. En cambio, un hogar, específicamente de tipo familiar, puede incluir más de un núcleo conyugal y por tanto más de una familia censal, pero las relaciones de parentesco de todos los miembros del hogar se ordenan en torno a un solo jefe, quien puede o no formar un núcleo conyugal. La diferencia consiste en la mayor complejidad que puede presentar la estructura de un hogar al tener la posibilidad de incluir más de un núcleo conyugal. Estos cambios conceptuales se deben tener en cuenta debido a que afectan los resultados y en ocasiones los datos no dan cuenta de los comportamientos que se venían observando o de la tendencia esperada.				
<sup>a</sup>	Para los años de 1950 a 1970 el total de hogares corresponde a la suma de las familias censales y las personas solas.				
<sup>b</sup>	Para los años de 1950 a 1970 el total de hogares familiares corresponde al número de familias censales.				
<sup>c</sup>	Para 2000 y 2005, incluye a la población de los hogares ampliados, compuestos y hogares familiares no especificados.				
<sup>d</sup>	Para los años de 1950 a 1970 el total de hogares unipersonales corresponde al total de personas solas. Cabe recalcar que el total de hogares unipersonales es igual al total de la población que en ellos reside.				
ND	No disponible.				
FUENTE:	INEGI. <i>Censos de Población y Vivienda, 1950 - 2000.</i>				
	INEGI. <i>II Conteo de Población y Vivienda 2005.</i>				

## Tasa de jefatura por sexo del jefe, tipo y clase de hogar, 1950 a 2000

(Por ciento)	1950	1960	1970	1990	2000
<b>Sexo del jefe</b>					
<b>Tipo de hogar</b>					
<b>Clase de hogar</b>					
Tasa de jefatura masculina	ND	54.3	55.5	50.4	53.2
Hogar familiar	54.3	53.1	54.2	49.7	52.2
Hogar nuclear	ND	ND	ND	56.9	59.6
Hogar extenso	ND	ND	ND	35.7	36.7
Tasa de jefatura femenina	ND	8.3	11.3	9.9	12.7
Hogar familiar	7.7	7.0	9.4	8.4	11.0
Hogar nuclear	ND	ND	ND	7.4	9.9
Hogar extenso	ND	ND	ND	10.2	12.9
<b>NOTA:</b>	Para 1950, 1960 y 1970 la información se refiere a familias censales mientras que para 1990 y 2000 corresponde a hogares, lo cual significa que no son enteramente comparables. En efecto, la familia censal consiste en un núcleo conyugal al que pueden agregarse hijos, otros parientes y/o no parientes. En cambio, un hogar, específicamente de tipo familiar, puede incluir más de un núcleo conyugal y por tanto más de una familia censal, pero las relaciones de parentesco de todos los miembros del hogar se ordenan en torno a un solo jefe, quien puede o no formar un núcleo conyugal. La diferencia consiste en la mayor complejidad que puede presentar la estructura de un hogar al tener la posibilidad de incluir más de un núcleo conyugal. Estos cambios conceptuales se deben tener en cuenta debido a que afectan los resultados y en ocasiones los datos no dan cuenta de los comportamientos que se venían observando o de la tendencia esperada. Para los años de 1950 a 1970 en el cálculo de la tasa de jefatura se utilizó una estimación de la población de 12 y más años en hogares familiares. Para los años de 1990 y 2000 la tasa de jefatura se calculó con la población de 12 y más años de edad.				
<b>ND</b>	No disponible.				
<b>FUENTE:</b>	Para 1950: DGE. <i>VII Censo General de Población, 1950</i> . México, D.F., 1953.				
	Para 1960: DGE. <i>VIII Censo General de Población, 1960</i> . México, D.F., 1962.				
	Para 1970: DGE. <i>IX Censo General de Población, 1970</i> . México, D.F., 1972.				
	Para 1990: <b>INEGI</b> . <i>XI Censo General de Población y Vivienda, 1990</i> . Muestra Estadística del Censo.				
	<b>INEGI</b> . <i>XII Censo General de Población y Vivienda 2000</i> .				

Concepto	Definición
Clase de hogar	Clasificación que se hace de los hogares familiares y no familiares de acuerdo con el tipo de relación de parentesco con el jefe del hogar (véase definición de hogar).
Hogar	Unidad formada por una o más personas, unidas o no por lazos de parentesco, que residen habitualmente en la misma vivienda y se sostienen de un gasto común para la alimentación. Los hogares se clasifican, por tipo, en familiares y no familiares, y al interior de éstos según su clase: familiares, que a su vez se dividen en ampliados, compuestos y nucleares y no familiares, dentro de los que se consideran los unipersonales y los de corresidentes.
Hogar de corresidentes	Formado por dos o más personas sin relaciones de parentesco con el jefe del hogar.
Hogar extenso	Hogar formado por un hogar nuclear con otros parientes y/o con personas sin lazos de parentesco con el jefe del hogar, también puede ser un jefe con otros parientes. Dentro de estos hogares puede haber empleados(as) domésticos(as) o no.
Hogar familiar	Hogar en el que por lo menos uno de los integrantes tiene relación de parentesco con el jefe del hogar. Se clasifican en ampliados, compuestos y nucleares.
Hogar no familiar	Hogar en el que ninguno de los integrantes tiene relación de parentesco con el jefe del hogar. Se clasifican en hogares de corresidentes y unipersonales.
Hogar nuclear	Formado por el jefe y su cónyuge; el jefe y su cónyuge con hijos; o el jefe con hijos; considera a los hijos, independientemente de su estado conyugal, siempre y cuando no vivan con su cónyuge e hijos; puede haber empleados domésticos y sus familiares.
Hogar unipersonal	Formado por una persona.
Jefe del hogar	Persona reconocida como tal por los demás integrantes del hogar; puede ser hombre o mujer.

## **ANEXO 2**

### **ACUERDO A/026/90**

Dependencia emisora: Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal Fecha de publicación en el D. O. F. viernes 05 de Octubre de 1990, páginas 34 y 35.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.-  
Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal.

#### **ACUERDO DEL PROCURADOR GENERAL DE JUSTICIA DEL DISTRITO FEDERAL POR EL QUE SE CREA EL CENTRO DE ATENCIÓN DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR “CAVI”.**

#### **ACUERDO NÚMERO A/026/90**

Con fundamento en los artículos 1º y 2º, fracciones II, III y IV, 17 y 24 de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal; 1º, 3º y 5º ,fracciones XIII y XXIII de su Reglamento; y,

#### **CONSIDERANDO**

Que en nuestra sociedad capitalina prevalecen valores, cuyas demarcaciones son señaladas por la familia, la que constituye el núcleo central para lograr el desarrollo individual de sus integrantes;

Que siendo la familia el bastón indiscutible para la preservación del vínculo familiar, el Estado debe establecer mecanismos idóneos para su conservación e integración, resultando de vital importancia combatir frontalmente mediante los medios a nuestro alcance, todo aquello que vaya en contra o deteriore la unidad que necesariamente es el origen de la comunión social;

Que en razón de lo anterior, esta Dependencia se propone reforzar esos vínculos, no permitiendo que la realización de un hecho logre el desmembramiento o menoscabo que por sus efectos lesivos se produzcan, siendo de gran importancia el establecimiento de un Centro de Atención de Violencia Intrafamiliar para prevenir y sancionar las conductas antisociales, mediante tratamientos específicos y sugerencias en la materia, se produzcan logros que no permitan el deterioro del núcleo familiar y se

obtenga la armonía que debe prevalecer sobre cualquier situación que se suceda, por lo que he tenido a bien expedir el siguiente:

### **ACUERDO**

**PRIMERO.-** Se crea el Centro de Atención de Violencia Intrafamiliar de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, que dependerá de la Supervisión General de Servicios a la Comunidad por conducto de la Dirección de Atención a Víctimas, mismo que en lo sucesivo se denominará “CAVI”.

**SEGUNDO.-** Este Centro de Atención conocerá de aquellos asuntos en los que se detecte violencia intrafamiliar, para lo cual proporcionará atención integral a las víctimas de violencia intrafamiliar a través de servicios médico-psicológico, social y legal orientados hacia la prevención, asistencia terapéutica e investigación de la problemática a efecto de combatir y reducir los índices delictivos en el Distrito Federal.

**TERCERO.-** Los servicios que brindará este Centro de Atención consistirán en:

- 1.- Si tuviere noticias de un hecho en donde se detecte violencia intrafamiliar canalizará a la (s) víctima (s) u ofendido (s), o lo hará del conocimiento de las Direcciones Generales de Averiguaciones Previas, de lo Familiar y lo Civil o cualesquiera otras unidades departamentales de la Institución, para su intervención e investigación en el ámbito de sus respectivas atribuciones;
- 2.- Proporcionar atención psicoterapéutica a probables responsables, víctimas y a los familiares involucrados en conductas que afecten o deterioren el vínculo familiar;
- 3.- Brindar asesoría jurídica y seguimiento de asuntos relacionados con su objetivo;
- 4.- Realizar actividades preventivas en la comunidad mediante pláticas, cursos, conferencias y talleres a la población en general;
- 5.- Diseñar y llevar a efecto estudios e investigaciones interdisciplinarias e interinstitucionales en materia de violencia intrafamiliar;
6. Proponer políticas preventivas en la materia, que optimicen resultados;
- 7.- Procurar, en su caso, atención médica a las víctimas que así lo ameriten;
- 8.- Establecer las relaciones intra e interinstitucionales necesarias para el mejor logro de sus objetivos
- 9.- Las demás relacionadas con sus atribuciones y que fueren autorizadas por el Procurador General.

**CUARTO.** - El “CAVI” estará a cargo de una Subdirección de Área de la que dependerán dos unidades departamentales: de servicios asistenciales y de atención

socio-jurídica, misma que contarán con el personal necesario, atendiendo a los requerimientos del servicio y a la partida presupuestal que para tales efectos se les asigne.

**QUINTO.** - El “CAVI” tendrá su sede en el sitio que designe el Procurador General; inicialmente en Dr. Carmona y Valle número 54, 2º Piso, colonia Doctores, y brindará servicio gratuito las 24 horas de todos los días del año.

La supervisión General de Servicios a la Comunidad a través de la Dirección de Atención a Víctimas, formulará Manual Operativo y funcional que contenga los lineamientos y mecanismos necesarios para la buena prestación del servicio y funcionamiento del “CAVI” en los términos de las atribuciones que se establecen en este Acuerdo.

**SÉPTIMO.-** Siempre que para el mejor cumplimiento de este Acuerdo sea necesario el expedir normas o reglas que precisen o detallen su aplicación, la Supervisión General de Servicios a la Comunidad someterá al Procurador General lo conducente.

#### **TRANSITORIO**

**ÚNICO.-** El presente Acuerdo entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

#### **SUFRAGIO EFECTIVO. No-REELECCIÓN.**

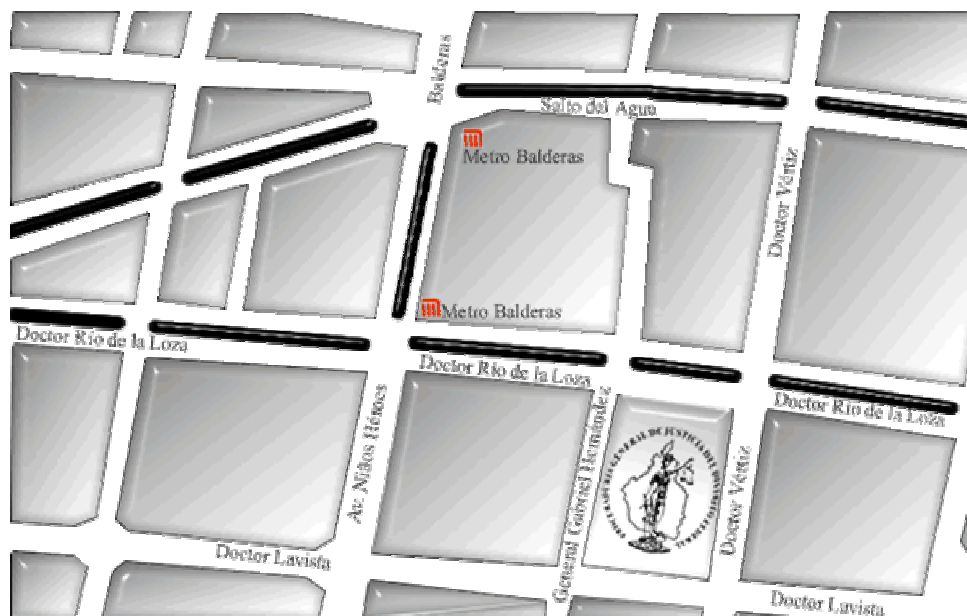
**México, D. F., a 3 de Octubre de 1990.- El Procurador General de Justicia del Distrito Federal, Ignacio Morales Lechuga.**

Fuente: [pgjdf.gob.mx/NORMATIVIDAD/acuerdos/1990/A-026-90.asp](http://pgjdf.gob.mx/NORMATIVIDAD/acuerdos/1990/A-026-90.asp)



## ANEXO 3

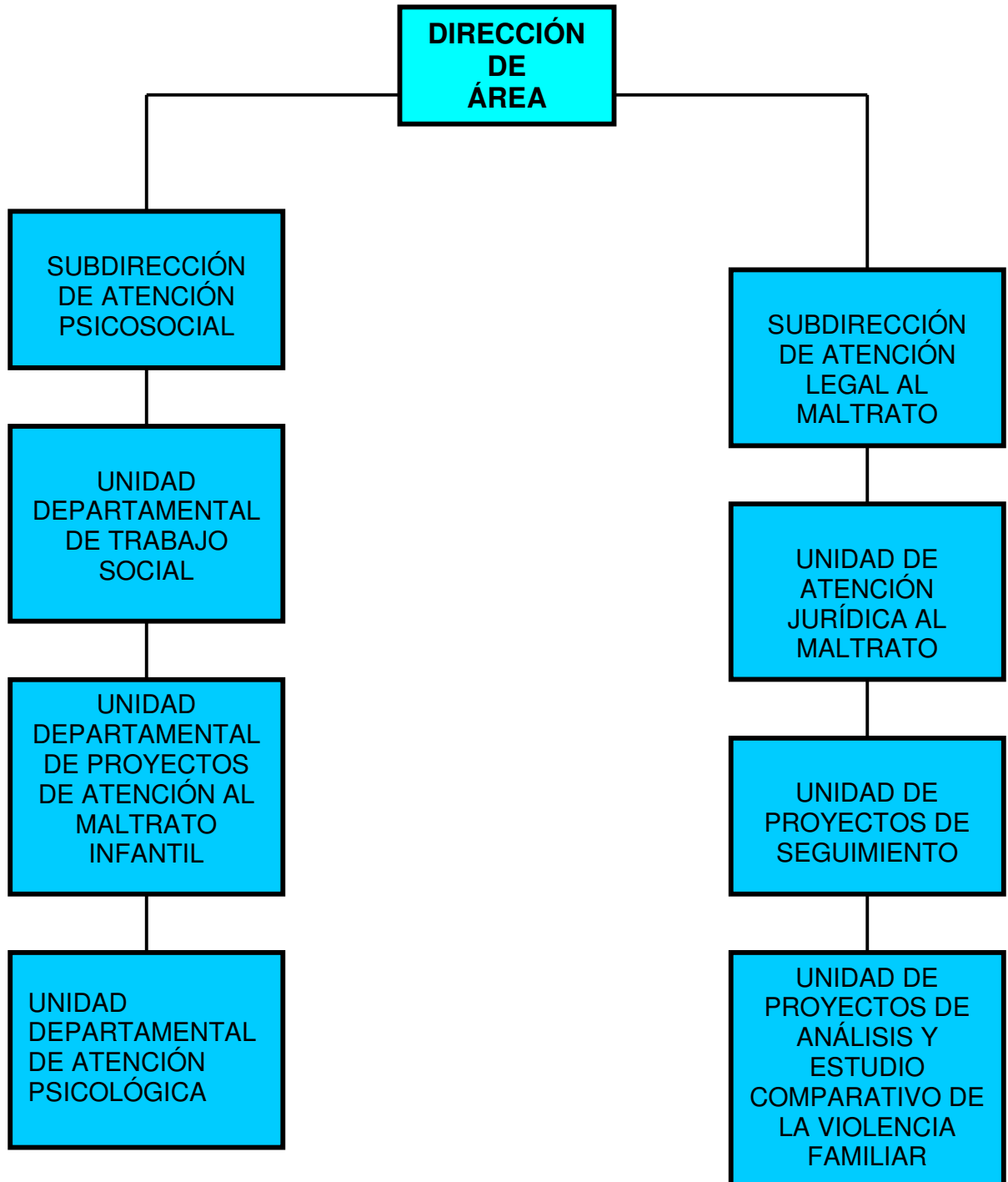
### MAPA DE UBICACIÓN DEL CAVI



Para llegar al edificio central de la PGJDF, ubicado en General Gabriel Hernández No. 56, es necesario descender en la estación del metro Balderas, y continuar sobre la Avenida Dr. Río de la Loza dos calles en dirección al oriente de la ciudad, la primera calle en este sentido es Gral. Gabriel Hernández.

## ANEXO 4

### ORGANIGRAMA DEL CAVI



## ANEXO 5

### EXPEDIENTE PSICOLÓGICO

SUBPROCURADURÍA DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DEL DELITO  
Y SERVICIOS A LA COMUNIDAD  
DIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DEL DELITO  
CENTRO DE ATENCIÓN A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR  
EXPEDIENTE PSICOLÓGICO

CM: \_\_\_\_\_  
PS: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
FECHA DE ENTREVISTA: \_\_\_\_\_ ENTREVISTO: \_\_\_\_\_  
FECHA DE INICIO: \_\_\_\_\_ MODALIDAD TERAPÉUTICA: \_\_\_\_\_  
FECHA DE ALTA: \_\_\_\_\_ TERAPEUTAS: \_\_\_\_\_  
MOTIVO DE EGRESO: \_\_\_\_\_ CANALIZO: \_\_\_\_\_  
SE CUMPLIÓ OBJETIVOS SI ( ) NO ( ) POR QUÉ: \_\_\_\_\_

SES.	FECHA	INC.	TÉCNICA USADA.	OBSERVACIONES
1	_____	( )	_____	_____
2	_____	( )	_____	_____
3	_____	( )	_____	_____
4	_____	( )	_____	_____
5	_____	( )	_____	_____
6	_____	( )	_____	_____
7	_____	( )	_____	_____
8	_____	( )	_____	_____
9	_____	( )	_____	_____
10	_____	( )	_____	_____
11	_____	( )	_____	_____
12	_____	( )	_____	_____
13	_____	( )	_____	_____

INCIDENCIA = ASISTENCIA (A)      FALTA (F)

RESUMEN DEL CASO:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

COMENTARIOS SUPERVISOR CLÍNICO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

VO. BO. \_\_\_\_\_  
JEFE DEL DEPARTAMENTO

VO. BO. \_\_\_\_\_  
SUBDIRECCIÓN



# ANEXO 7

## ENTREVISTA PSICOLÓGICA DEL ADULTO RECEPTOR DE VIOLENCIA FAMILIAR

CENTRO DE ATENCIÓN A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR  
VALORACIÓN PSICOLÓGICA DE LA VÍCTIMA

CM: / / FECHA: / /  
DÍA MES AÑO

AV. PREVIA. O EXP. EN JUZGADO: \_\_\_\_\_ PERITO O PSICOTERAPEUTA: \_\_\_\_\_

DATOS GENERALES		<input type="checkbox"/> VÍCTIMA DIRECTA	<input type="checkbox"/> VÍCTIMA INDIRECTA
NOMBRE: _____ GÉNERO <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____ EDAD: _____ AÑOS ESCOLARIDAD: <input type="checkbox"/> ANALFABETA <input type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> SECUNDARIA <input type="checkbox"/> TÉCNICA O BACHILLERATO <input type="checkbox"/> LICENCIATURA <input type="checkbox"/> OTRO ESPECIFICAR: _____ REFERIDO POR: _____			
MOTIVO DE CONSULTA: _____			
DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS: _____			
RELACIÓN DEL GENERADOR RESPECTO DE LA VÍCTIMA LUGAR DE LOS HECHOS: AÑO EN QUE SE INICIO LA VIOLENCIA FAMILIAR: FECHA DE LA AGRESIÓN POR LA QUE ACUDE AL CAVI  <b>TIPO DE VIOLENCIA FAMILIAR</b> <b>VIOLENCIA FÍSICA:</b> <input type="checkbox"/> ACCIONES QUE COARTAN EL MOVIMIENTO O LIMITAN LA ACCIÓN (Apretones, sujeciones, empujones, etc) <input type="checkbox"/> LESIONES QUE NO DEJAN HUELLA (Bofetadas, tirones de cabello, pellizcos, coscorriones, etc) <input type="checkbox"/> LESIONES QUE TARDAN EN SANAR MENOS DE 15 DÍAS (Magulladuras, moretones, mordeduras, patadas, etc) <input type="checkbox"/> LESIONES QUE TARDAN EN SANAR MÁS DE 15 DÍAS (Quemaduras, fracturas, cortes o pinchazos, etc) <input type="checkbox"/> LESIONES QUE DEJAN HUELLA <input type="checkbox"/> LESIONES QUE PONEN EN PELIGRO LA VIDA (Lesiones internas, envenenamiento, etc.) <input type="checkbox"/> TENTATIVA DE HOMICIDIO (Ahorcamiento, utilización de arma blanca o de fuego) <input type="checkbox"/> OTRAS: _____ <b>VIOLENCIA FÍSICA PASIVA (POR OMISIÓN)</b> <input type="checkbox"/> DEFICIENCIA EN EL ABASTO ALIMENTARIO <input type="checkbox"/> INSUFICIENCIA EN EL VESTIDO <input type="checkbox"/> NEGACIÓN DE LA VIVIENDA <input type="checkbox"/> NECESIDADES MÉDICAS RUTINARIAS O ESPECÍFICAS NO ATENDIDAS <input type="checkbox"/> PROPICIAR FACTORES DE RIESGO <input type="checkbox"/> RETENCIÓN DE HIJOS <input type="checkbox"/> SUSTRACCIÓN DE HIJOS <input type="checkbox"/> OTRAS: _____ <b>VIOLENCIA SEXUAL:</b> <input type="checkbox"/> IMPOSICIÓN DE IDEAS O VALORES ACERCA DE LA SEXUALIDAD <input type="checkbox"/> IMPOSICIÓN DE CARICIAS O ACTOS SEXUALES <input type="checkbox"/> ACUSACIÓN DE INFIDELIDAD <input type="checkbox"/> BURLA DE LA SEXUALIDAD <input type="checkbox"/> CONTROL EXCESIVO DEL TIEMPO Y ACTIVIDADES <input type="checkbox"/> REVISIÓN CORPORAL Y/O DE PRENDAS ÍNTIMAS <input type="checkbox"/> MENOSPRECIO DE LA SEXUALIDAD <input type="checkbox"/> LIMITACIÓN EN EL MODO DE ARREGLO PERSONAL <input type="checkbox"/> INSULTOS RELACIONADOS AL SEXO <input type="checkbox"/> NEGACIÓN DE NECESIDADES SEXO-AFECTIVAS <input type="checkbox"/> COMPARACIÓN A NIVEL SEXUAL <input type="checkbox"/> CELOTIPIA <input type="checkbox"/> INFIDELIDAD <input type="checkbox"/> VIOLACIÓN <input type="checkbox"/> ABUSO SEXUAL <input type="checkbox"/> LENOCINIO <input type="checkbox"/> IMPOSICIÓN PARA TENER RELACIONES SEXUALES FRENTE A OTROS <input type="checkbox"/> IMPOSICIÓN PARA TENER RELACIONES SEXUALES CON OTROS <input type="checkbox"/> IMPOSICIÓN PARA EL EMPLEO O NO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS <input type="checkbox"/> OTROS: _____	<b>VIOLENCIA EMOCIONAL (MORAL):</b> <b>VIOLENCIA EMOCIONAL ACTIVA</b> <input type="checkbox"/> VIOLENCIA VERBAL <input type="checkbox"/> COSIFICACIÓN <input type="checkbox"/> DEGRADACIÓN / DEVALUACIÓN <input type="checkbox"/> AMENAZAS <input type="checkbox"/> INSULTOS <input type="checkbox"/> DESPRECIOS <input type="checkbox"/> CRÍTICAS <input type="checkbox"/> GRITOS <input type="checkbox"/> INTIMIDACIÓN <input type="checkbox"/> BURLAS <input type="checkbox"/> SARCASMO <input type="checkbox"/> IRONÍA <input type="checkbox"/> DESCALIFICACIÓN <input type="checkbox"/> DESAPROBACIÓN <input type="checkbox"/> DESCONFIANZA <input type="checkbox"/> LIMITACIÓN DE CONTACTOS SOCIALES <input type="checkbox"/> INVASIÓN DE ESPACIOS EMOCIONALES <input type="checkbox"/> CULPABILIZACIÓN <input type="checkbox"/> RIDICULIZACIÓN <input type="checkbox"/> COMPARACIÓN <input type="checkbox"/> NEGACIÓN DEL AFECTO <input type="checkbox"/> CORREGIR EN PÚBLICO <input type="checkbox"/> DISCRIMINACIÓN <input type="checkbox"/> SER OBLIGADA A TOMAR DROGAS <input type="checkbox"/> MENSAJES CONTRADICTORIOS O DOBLE MENSAJE <input type="checkbox"/> ETIQUETACIÓN DE DESEQUILIBRIO PSICOLÓGICO O LOCURA <input type="checkbox"/> OTROS: _____ <b>VIOLENCIA EMOCIONAL PASIVA</b> <input type="checkbox"/> RECHAZO <input type="checkbox"/> AISLAMIENTO <input type="checkbox"/> SER IGNORADA <input type="checkbox"/> DESAMOR <input type="checkbox"/> DESCONFIRMACIÓN <input type="checkbox"/> SOBRE RESPONSABILIZACIÓN DEL CUIDADO DE LA FAMILIAR Y DEL HOGAR <input type="checkbox"/> OTRO: _____ <b>VIOLENCIA PATRIMONIAL</b> <input type="checkbox"/> RESTRICCIÓN DEL SUSTENTO ECONÓMICO <input type="checkbox"/> NEGACIÓN DEL SUSTENTO ECONÓMICO <input type="checkbox"/> POSTERGACIÓN DE NECESIDADES BÁSICAS <input type="checkbox"/> SUSTRACCIÓN DE ARTÍCULOS DEL HOGAR <input type="checkbox"/> DESCOMPOSTURA Y RUPTURA DE BIENES MATERIALES O SIGNIFICATIVOS <input type="checkbox"/> OTROS: _____  ¿HA SUFRIDO CON ANTERIORIDAD OTRO DELITO? _____ ¿CUÁL? _____		
<b>FRECUENCIA VICTIMAL:</b> <input type="checkbox"/> FRECUENTE <input type="checkbox"/> OCASIONALMENTE <input type="checkbox"/> ESPORÁDICAMENTE			
<b>ANTECEDENTES DE MALTRATO EN LAS DIFERENTES ETAPAS DE LA VIDA:</b> <input type="checkbox"/> INFANCIA ¿QUIÉN (ES)? _____ <input type="checkbox"/> ADOLESCENCIA ¿QUIÉN (ES)? _____ <input type="checkbox"/> RELACIONES DE PAREJA ANTERIORES <input type="checkbox"/> OTROS: _____			

**ALTERACIONES EN LAS FUNCIONES COGNITIVAS**

**ATENCIÓN – CONCENTRACIÓN:**

- DISPERSA
- FIJA

**MEMORIA**

- MEDIATA
- INMEDIATA
- INCAPACIDAD PARA RECORDAR EL EVENTO TRAUMÁTICO O PARTES DEL MISMO

**PENSAMIENTO:**

**A. ALTERACIONES EN EL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO.**

- RECUERDOS DESAGRADABLES
- RECUERDOS RECURRENTE
- REVIVENCIA DE LA EXPERIENCIA TRAUMÁTICA
- INDEFENSIÓN APRENDIDA
- DESESPERANZA APRENDIDA
- CONFUSIÓN
- PERSPECTIVAS FUTURAS ATERRANTES INMOVILIZADORAS
- AUTOEVALUACIÓN NEGATIVA
- MAGNIFICACIÓN DEL AGRESOR
- IDEAS EN RELACIÓN A LA PÉRDIDA DE VIDA

**ESTRUCTURA DEL TIEMPO:**

- ACORTAMIENTO
- LENTITUD
- FANTASÍAS CATASTRÓFICAS
- FANTASÍAS EN TORNO A SOLUCIONES MÁGICAS
- RACIONALIZACIÓN EXCESIVA

**B. ALTERACIONES EN EL CURSO DEL PENSAMIENTO:**

- DISPERSO
- FIJO
- CIRCULAR
- RECURRENTE
- INVASOR
- INCONGRUENTE

**DISMINUCIÓN EN LA CAPACIDAD DE:**

- ANÁLISIS Y SÍNTESIS
- PLANEACIÓN Y ANTICIPACIÓN
- TOMA DE DECISIONES
- RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

**ALTERACIONES AFECTIVAS**

- NEGACIÓN DE LOS SENTIMIENTOS
- REPRESIÓN DE LOS SENTIMIENTOS
- INHIBICIÓN DE LOS SENTIMIENTOS
- APLANAMIENTO AFECTIVO
- LABILIDAD EMOCIONAL
- IRRITABILIDAD
- RESENTIMIENTO
- ENOJO
- IRA
- RABIA
- INSEGURIDAD
- TEMOR
- MIEDO
- HORROR
- TERROR

**AFECTACIÓN EN LA AUTOESTIMA:**

- EN EL CONCEPTO DE SÍ MISMA
- EN LA IMAGEN PROPIA
- VALORACIÓN NEGATIVA O MINUSVALÍA (CAPACIDADES, APTITUDES, O CUALIDADES)
- EN EL AUTORESPETO
- AUTORESPONSABILIDAD
- AUTOREALIZACIÓN

- CANSANCIO
- DESGANO
- APATÍA
- ABATIMIENTO
- AGOTAMIENTO
- TRISTEZA
- DOLOR
- ANGUSTIA
- ANSIEDAD
- SOLEDAD
- DESAMPARO
- VERGÜENZA
- CULPA
- IMPOTENCIA

- INDIGNACIÓN
- DESMERCIMIENTO
- INADECUACIÓN
- HUMILLACIÓN
- AGOBIO
- FRACASO
- DECEPCIÓN
- DESILUSIÓN
- DESESPERANZA
- DUDA
- DESCONFIANZA
- LIMITACIÓN DEL AFECTO
- NEGACIÓN DEL AFECTO

FOBIAS ¿A QUÉ?: \_\_\_\_\_

DESPLAZAMIENTO DE SENTIMIENTOS

¿CUÁL (ES)?: \_\_\_\_\_

¿HACIA QUIÉN (ES)?: \_\_\_\_\_

**TOLERANCIA AL MALTRATO**  ALTA  BAJA

**TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN**  ALTA  BAJA

**ALTERACIONES CONDUCTUALES**

- HIPOACTIVIDAD
- HIPERACTIVIDAD
- HIPERDEFENSIVIDAD
- DISMINUCIÓN DE LA ASERTIVIDAD
  - AGRESIÓN ENCUBIERTA
  - AGRESIÓN ABIERTA
  - SUMISIÓN
- AUTOAGRESIÓN
- ONICOFAGIA
- EXPOSICIÓN A FACTORES DE RIESGO
- INTENTOS SUICIDAS
- BAJO CONTROL DE IMPULSOS
- DESINTERÉS EN ACTIVIDADES SIGNIFICATIVAS
- DESCUIDO EN EL ARREGLO PERSONAL
- AISLAMIENTO
- MARGINACIÓN
- HIPERVIGILANCIA
- CELOTIPIA
- CONDUCTAS REPETITIVAS
- RESPUESTAS EXAGERADAS DE SOBRESALTO
- ATAQUES DE IRA
- CONDUCTA HISTRIÓNICA
- TICS NERVIOSOS
- AUTOESTIMULACIÓN (BALANCEO, JUGUETEO CON EL PELO, ETC.)
- OTROS: \_\_\_\_\_

- DELEGAR RESPONSABILIDAD
  - DEPENDENCIA
  - CONDUCTAS ADICTIVAS
- |                                  | FRECUENTEMENTE           | OCASIONALMENTE           | ESPORÁDICAMENTE          |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> DROGAS  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> ALCOHOL | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> TABACO  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> COMIDA  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> OTRAS : | _____                    |                          |                          |
- CONDUCTAS CODEPENDIENTES ¿HACIA?: \_\_\_\_\_
- EXPRESIÓN VERBAL:**
- VERBORREA
  - LENTITUD
  - POCA FLUIDEZ
  - EXCESIVAMENTE CONCRETO
  - MONOSILÁBICO
  - REPETITIVO
  - INCISIVO
  - MUTISMO SELECTIVO
- TONO DE VOZ.**
- ALTO
  - BAJO

**ALTERACIONES SOMÁTICAS**

<p><b>TRASTORNOS EN LA ALIMENTACIÓN</b></p> <p><input type="checkbox"/> AUMENTO DEL APETITO  <input type="checkbox"/> DISMINUCIÓN DEL APETITO  <input type="checkbox"/> ANOREXIA  <input type="checkbox"/> BULIMIA</p> <p><b>TRASTORNOS DEL DORMIR</b></p> <p><input type="checkbox"/> HIPERSOMNIA  <input type="checkbox"/> INSOMNIA  <input type="checkbox"/> TERRORES NOCTURNOS  <input type="checkbox"/> SONAMBULISMO  <input type="checkbox"/> NOCTILALIA  <input type="checkbox"/> BRUXISMO  <input type="checkbox"/> PESADILLAS  <input type="checkbox"/> SUEÑO INTERRUMPIDO</p>	<p><b>TRASTORNOS DIGESTIVOS:</b></p> <p><input type="checkbox"/> VÓMITO  <input type="checkbox"/> DIARREA  <input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO  <input type="checkbox"/> GASTRITIS  <input type="checkbox"/> COLITIS  <input type="checkbox"/> DOLOR O ARDOR ABDOMINAL DIFUSO</p> <p><b>TRASTORNOS SOMÁTICOS DIVERSOS</b></p> <p><input type="checkbox"/> TENSIÓN MUSCULAR      <input type="checkbox"/> DESMAYOS  <input type="checkbox"/> DISNEA                      <input type="checkbox"/> TAQUICARDIA  <input type="checkbox"/> SENSACIÓN DE OPRESIÓN EN EL PECHO  <input type="checkbox"/> SUDORACIÓN              <input type="checkbox"/> TEMBLOR CORPORAL  <input type="checkbox"/> DERMATITIS                <input type="checkbox"/> CEFALEAS  <input type="checkbox"/> PARÁLISIS                  <input type="checkbox"/> FATIGA  <input type="checkbox"/> ENVEJECIMIENTO PREMATURO</p>	<p><b>CONTAGIO DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL</b></p> <p><input type="checkbox"/> _____  <input type="checkbox"/> _____  <input type="checkbox"/> _____  <input type="checkbox"/> _____  <input type="checkbox"/> _____  <input type="checkbox"/> _____</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**ALTERACIONES EN LA SEXUALIDAD**

<p><b>EN LA MUJER</b></p> <p><input type="checkbox"/> ALTERACIONES DEL DESEO SEXUAL  <input type="checkbox"/> DISMINUCIÓN  <input type="checkbox"/> AUMENTO  <input type="checkbox"/> TRASTORNOS DE LA EXCITACIÓN SEXUAL  <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE  <input type="checkbox"/> NULA  <input type="checkbox"/> TRASTORNO SEXUAL POR DOLOR (DISPAREUNIA)  <input type="checkbox"/> POR CONTRACCIÓN O ESPASMO  <input type="checkbox"/> MUSCULAR (VAGINISMO)  <input type="checkbox"/> INSUFICIENCIA EN LA LUBRICACIÓN  <input type="checkbox"/> ANORGASMIA  <input type="checkbox"/> DIFICULTAD  <input type="checkbox"/> IMPOSIBILIDAD</p>	<p><b>EN EL HOMBRE</b></p> <p><input type="checkbox"/> ALTERACIÓN DEL DESEO SEXUAL  <input type="checkbox"/> DISMINUCIÓN  <input type="checkbox"/> AUMENTO  <input type="checkbox"/> TRASTORNO DE LA EXITACIÓN SEXUAL  <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE  <input type="checkbox"/> NULA  <input type="checkbox"/> TRASTORNO SEXUAL POR DOLOR (DISPAREUNIA)  <input type="checkbox"/> ANORGASMIA  <input type="checkbox"/> TRASTORNO DE LA ERECCIÓN  <input type="checkbox"/> INCAPACIDAD PARA OBTENER LA ERECCIÓN  <input type="checkbox"/> INCAPACIDAD PARA MANTENER LA ERECCIÓN  <input type="checkbox"/> DESCONTROL DEL REFLEJO EYACULATORIO</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**ASPECTOS PSICOSOCIALES**

<p><b>ÁMBITO FAMILIAR</b></p> <p><b>PERCEPCIÓN DEL MEDIO AMBIENTE FAMILIAR</b></p> <p><input type="checkbox"/> INSEGURO  <input type="checkbox"/> INESTABLE  <input type="checkbox"/> TENSO  <input type="checkbox"/> HOSTIL  <input type="checkbox"/> RESTRICTIVO  <input type="checkbox"/> CON INCERTIDUMBRE  <input type="checkbox"/> FUERA DE CONTROL</p> <p><b>DINÁMICA FAMILIAR</b></p> <p><input type="checkbox"/> COALICIONES</p> <p>ENTRE: _____  HACIA: _____  <input type="checkbox"/> ALIANZAS</p> <p>ENTRE: _____  LÍMITES</p> <p><input type="checkbox"/> RÍGIDOS  <input type="checkbox"/> CONFUSOS  <input type="checkbox"/> DIFUSOS  <input type="checkbox"/> CONFLICTO DE LEALTADES</p> <p>¿ENTRE QUIÉN? _____  <input type="checkbox"/> RIGIDIZACIÓN DE LAS GERARQUÍAS  ¿QUIÉN LA EJERCE? _____  <input type="checkbox"/> SOLUCIÓN DE CONFLICTOS MEDIANTE LA VIOLENCIA  ¿CUÁL (ES)? _____  <input type="checkbox"/> COMPETITIVIDAD  <input type="checkbox"/> APRENDIZAJE O IMITACIÓN DE MODELOS VIOLENTOS</p>	<p><b>INSATISFACCIÓN DE NECESIDADES</b></p> <p><input type="checkbox"/> CONTENCIÓN DE SENTIMIENTOS  <input type="checkbox"/> LIMITADO    <input type="checkbox"/> NULO  <input type="checkbox"/> CONTACTO AFECTIVO  <input type="checkbox"/> LIMITADO    <input type="checkbox"/> NULO  <input type="checkbox"/> APOYO  <input type="checkbox"/> LIMITADO    <input type="checkbox"/> NULO  <input type="checkbox"/> ACEPTACIÓN  <input type="checkbox"/> LIMITADO    <input type="checkbox"/> NULO  <input type="checkbox"/> AUTONOMÍA (APRENDER A VALERSE POR SI MISMO)  <input type="checkbox"/> LIMITADO    <input type="checkbox"/> NULO  <input type="checkbox"/> REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE INTERES PARA EL MENOR  <input type="checkbox"/> LIMITADO    <input type="checkbox"/> NULO  <input type="checkbox"/> AFECTO  <input type="checkbox"/> LIMITADO    <input type="checkbox"/> NULO</p> <p><b>COMUNICACIÓN</b></p> <p><input type="checkbox"/> INDIRECTA (TRIANGULADA)  <input type="checkbox"/> AGRESIVA  <input type="checkbox"/> NO VERBAL  <input type="checkbox"/> AMBIVALENTE O CONFUSA  <input type="checkbox"/> DOBLE VÍNCULO  <input type="checkbox"/> SIMÉTRICA O ESCALADA  <input type="checkbox"/> OTROS: _____</p>	<p><b>ÁMBITO SOCIAL</b></p> <p><input type="checkbox"/> DESCULPABILIZACIÓN DEL GENERADOR DE VIOLENCIA  <input type="checkbox"/> JUSTIFICA LA AGRESIÓN SEXUAL  <input type="checkbox"/> MITOS EN TORNO A LA SUPREMACÍA MASCULINA  <input type="checkbox"/> ESTEREOTIPOS SOCIOCULTURALES RÍGIDOS  <input type="checkbox"/> LIMITACIÓN O RESTRICCIONES DE LA CONVIVENCIA CON FAMILIARES, AMISTADES, VECINOS O COMPAÑEROS DE TRABAJO  <input type="checkbox"/> DISMINUCIÓN EN LA HABILIDAD PARA EL ESTABLECIMIENTO DE RELACIONES INTERPERSONALES  <input type="checkbox"/> SOBREALORACIÓN DEL MEDIO  <input type="checkbox"/> AUSENTISMO LABORAL O ESCOLAR  <input type="checkbox"/> CAMBIOS EN LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES COTIDIANAS  <input type="checkbox"/> REDUCCIÓN PAULATINA DE LAS REDES DE APOYO  <input type="checkbox"/> TEMOR A LA CRÍTICA Y/O RECHAZO SOCIAL  <input type="checkbox"/> EVITACIÓN O RECHAZO A LAS PERSONAS DEL MISMO SEXO QUE EL GENERADOR DE VIOLENCIA  <input type="checkbox"/> TIMIDEZ FRENTE A LAS PERSONAS DEL MISMO SEXO QUE EL GENERADOR DE VIOLENCIA.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------





# ANEXO 8

## ENTREVISTA PSICOLÓGICA DEL MENOR RECEPTOR DE VIOLENCIA FAMILIAR

CENTRO DE ATENCIÓN A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR  
VALORACIÓN PSICOLÓGICA DE MENORES

CM: / / FECHA: / /

DÍA MES AÑO

AV. PREVIA. O EXP. EN JUZGADO:

PERITO O PSICOTERAPEUTA:

DATOS GENERALES	( ) VÍCTIMA DIRECTA	( ) VÍCTIMA INDIRECTA
<p>NOMBRE: _____</p> <p style="text-align: center;">APELLIDO PATERNO                      APELLIDO MATERNO                      NOMBRE (S)</p> <p>GÉNERO ( ) ( )                      EDAD: _____ AÑOS</p> <p style="text-align: center;">HOMBRE                      MUJER</p> <p>ESCOLARIDAD:</p> <p>( ) ANALFABETA                      ( ) PRIMARIA                      ( ) SECUNDARIA</p> <p>( ) TÉCNICA O BACHILLERATO                      ( ) LICENCIATURA                      ( ) OTRO ESPECIFICAR: _____</p> <p>REFERIDO POR: _____</p>		
<p>MOTIVO DE CONSULTA: _____</p> <p>DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS: _____</p>		
<p>RELACIÓN DEL GENERADOR RESPECTO DE LA VÍCTIMA</p> <p>LUGAR DE LOS HECHOS:</p> <p>AÑO EN QUE SE INICIO LA VIOLENCIA FAMILIAR:</p> <p>FECHA DE LA AGRESIÓN POR LA QUE ACUDE AL CAVI</p> <p><b>TIPO DE VIOLENCIA FAMILIAR</b></p> <p><b>VIOLENCIA FÍSICA:</b></p> <p>( ) ACCIONES QUE COARTAN EL MOVIMIENTO O LIMITAN LA ACCIÓN (Apretones, sujeciones, empujones, etc.)</p> <p>( ) LESIONES QUE NO DEJAN HUELLA (Bofetadas, tirones de cabello, pellizcos, coscorrones, etc.)</p> <p>( ) LESIONES QUE TARDAN EN SANAR MENOS DE 15 DÍAS (Magulladuras, moretones, mordeduras, patadas, etc.)</p> <p>( ) LESIONES QUE TARDAN EN SANAR MÁS DE 15 DÍAS (Quemaduras, fracturas, cortes o pinchazos, etc.)</p> <p>( ) LESIONES QUE DEJAN HUELLA</p> <p>( ) LESIONES QUE PONEN EN PELIGRO LA VIDA (Lesiones internas, envenenamiento, etc.)</p> <p>( ) TENTATIVA DE HOMICIDIO (Ahorcamiento, utilización de arma blanca o de fuego)</p> <p>( ) OTRAS: _____</p> <p><b>VIOLENCIA FÍSICA PASIVA (POR OMISIÓN)</b></p> <p>( ) DEFICIENCIA EN EL ABASTO ALIMENTARIO</p> <p>( ) INSUFICIENCIA EN EL VESTIDO</p> <p>( ) ESCASA HIGIENE CORPORAL</p> <p>( ) CONDICIONES INADECUADAS DE HIGIENE EN EL HOGAR</p> <p>( ) DESCUIDO EN LA PROTECCIÓN Y VIGILANCIA EN SITUACIONES PELIGROSAS</p> <p>( ) NECESIDADES MÉDICAS RUTINARIAS O ESPECÍFICAS NO ATENDIDAS</p> <p>( ) ESCASA O NULA SUPERVISIÓN DEL ADULTO EN LAS ACTIVIDADES DEL MENOR PONIENDO EN RIESGO SU SEGURIDAD</p> <p>( ) OTRAS: _____</p>	<p><b>VIOLENCIA EMOCIONAL (MORAL):</b></p> <p><b>VIOLENCIA EMOCIONAL ACTIVA</b></p> <p>( ) VIOLENCIA VERBAL</p> <p>( ) DEGRADACIÓN / DEVALUACIÓN</p> <p>( ) AMENAZAS</p> <p>( ) INSULTOS</p> <p>( ) DESPRECIOS</p> <p>( ) CRÍTICAS</p> <p>( ) GRITOS</p> <p>( ) INTIMIDACIÓN</p> <p>( ) BURLAS</p> <p>( ) SARCASMO</p> <p>( ) IRONÍA</p> <p>( ) MENSAJES CONTRADICTORIOS</p> <p>( ) DESCALIFICACIÓN</p> <p>( ) DESAPROBACIÓN</p> <p>( ) DESCONFIANZA</p> <p>( ) LIMITACIÓN DE CONTACTOS SOCIALES</p> <p>( ) EXPECTATIVAS IRREALES</p> <p>( ) CULPABILIZACIÓN</p> <p>( ) RIDICULIZACIÓN</p> <p>( ) COMPARACIÓN</p> <p>( ) NEGACIÓN DEL AFECTO</p> <p>( ) CORREGIR EN PÚBLICO</p> <p>( ) DISCRIMINACIÓN</p> <p>( ) SER OBLIGADO A TOMAR DROGAS</p> <p>( ) ETIQUETACIÓN DE DESEQUILIBRIO PSICOLÓGICO Y/O CONDUCTUAL</p> <p>( ) OTROS: _____</p>	<p><b>VIOLENCIA EMOCIONAL PASIVA</b></p> <p>( ) RECHAZO</p> <p>( ) AISLAMIENTO</p> <p>( ) ESCASA INTERACCIÓN O CONTACTO</p> <p>( ) INDIFERENCIA (SER IGNORADO)</p> <p>( ) ABANDONO</p> <p>( ) DESCONFIRMACIÓN</p> <p>( ) SOBRESERRESPONSABILIZACIÓN DE TAREAS</p> <p>( ) INVOLUCRAMIENTO EN TOMA DE DECISIONES INADECUADO A SU EDAD</p> <p>( ) INVERSIÓN DE ROLES</p> <p>( ) OTRO: _____</p> <p><b>VIOLENCIA PATRIMONIAL</b></p> <p>( ) RESTRICCIÓN DEL SUSTENTO ECONÓMICO</p> <p>( ) NEGACIÓN DEL SUSTENTO ECONÓMICO</p> <p>( ) POSTERGACIÓN DE NECESIDADES BÁSICAS</p> <p>( ) SUSTRACCIÓN DE ARTÍCULOS DEL MENOR</p> <p>( ) DESCOMPOSTURA Y RUPTURA DE BIENES MATERIALES O SIGNIFICATIVOS</p> <p>( ) OTROS: _____</p>
<p><b>VIOLENCIA SEXUAL:</b></p> <p><b>A. SIN CONTACTO FÍSICO</b></p> <p>( ) EXHIBICIONISMO</p> <p>( ) MASTURBACIÓN DELANTE DEL MENOR</p> <p>( ) OBSERVACIÓN DEL MENOR DESNUDO</p> <p>( ) RELATO DE HISTORIAS CON CONTENIDO ERÓTICO-SEXUAL</p> <p>( ) PROYECCIÓN DE IMÁGENES O PELÍCULAS PORNOGRÁFICAS</p> <p>( ) REALIZACIÓN INTENCIONADA DEL ACTO SEXUAL EN PRESENCIA DEL MENOR</p> <p><b>B. CON CONTACTO FÍSICO</b></p> <p>( ) ABUSO SEXUAL</p> <p>( ) TOCAMIENTO INTENCIONADO DE ZONAS ERÓGENAS DEL MENOR</p> <p>( ) FORZAR O ALENTAR QUE EL MENOR TOQUE LAS ZONAS ERÓGENAS DEL ADULTO</p> <p>( ) CONTACTOS BUCOGENITALES</p> <p>( ) TOCAMIENTO DE GENITALES DEL MENOR</p> <p>( ) VIOLACIÓN</p> <p>( ) PENETRACIÓN ORAL</p> <p>( ) PENETRACIÓN VAGINAL</p> <p>( ) PENETRACIÓN ANAL</p> <p>( ) CORRUPCIÓN DE MENORES</p> <p>( ) MENDICIDAD</p> <p>( ) INDUCCIÓN A REALIZAR ACTOS SEXUALES</p> <p>( ) PROSTITUCIÓN</p> <p>( ) CONSUMO DE DROGAS</p> <p>( ) SE LE OBLIGA A TRABAJAR</p>		

¿HA SUFRIDO CON ANTERIORIDAD OTRO DELITO? _____		
¿CUÁL?		
<b>FRECUENCIA VICTIMAL:</b> ( ) FRECUENTE      ( ) OCASIONALMENTE      ( ) ESPORÁDICAMENTE <b>ANTECEDENTES DE MALTRATO EN LAS DIFERENTES ETAPAS DE LA VIDA:</b> ( ) INFANCIA      ¿QUIÉN (ES)? _____ ( ) ADOLESCENCIA      ¿QUIÉN (ES)? _____ ( ) RELACIONES DE PAREJA ANTERIORES ( ) OTROS: _____		
<b>ALTERACIONES EN LAS FUNCIONES COGNITIVAS</b>		
<b>ATENCIÓN – CONCENTRACIÓN:</b> <b>MEMORIA</b> ( ) DISPERSA      ( ) MEDIATA      ( ) INMEDIATA ( ) FJA      ( ) INCAPACIDAD PARA RECORDAR EL EVENTO TRAUMÁTICO O PARTES DEL MISMO		
<b>PENSAMIENTO:</b> <b>A. ALTERACIONES EN EL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO.</b> ( ) RECUERDOS DESAGRADABLES ( ) RECUERDOS RECURRENTES ( ) REVIVENCIACIÓN DE LA EXPERIENCIA TRAUMÁTICA ( ) PENSAMIENTOS DE MUERTE ( ) IDEAS SIBRE LA MUERTE COMO DESTINO ASOCIADAS O NO CON ANGUSTIA O MIEDO ( ) CONFUSIÓN ( ) PERSPECTIVAS FUTURAS ATERRANTES INMOVILIZADORAS ( ) AUTOEVALUACIÓN NEGATIVA ( ) MAGNIFICACIÓN DEL AGRESOR ( ) IDEAS EN RELACIÓN A LA PÉRDIDA DE VIDA	<b>ESTRUCTURA DEL TIEMPO:</b> ( ) ACORTAMIENTO ( ) LENTITUD ( ) FANTASÍAS CATASTRÓFICAS ( ) FANTASÍAS EN TORNO A SOLUCIONES MÁGICAS ( ) RACIONALIZACIÓN EXCESIVA	<b>B. ALTERACIONES EN EL CURSO DEL PENSAMIENTO:</b> ( ) CIRCULAR ( ) RECURRENTE ( ) INVASOR
<b>ALTERACIONES AFECTIVAS</b>		
( ) NEGACIÓN DE LOS SENTIMIENTOS ( ) REPRESIÓN DE LOS SENTIMIENTOS ( ) INHIBICIÓN DE LOS SENTIMIENTOS ( ) APLANAMIENTO AFECTIVO ( ) CAMBIOS BRUSCOS DE ESTADO DE ÁNIMO ( ) IRRITABILIDAD ( ) RESENTIMIENTO ( ) ENOJO ( ) IRA ( ) RABIA ( ) EXTREMA FALTA DE CONFIANZA EN SI MISMO ( ) DESCONFIANZA HACIA OTROS ( ) ALERTA CONSTANTE ( ) ZOZOBRA ( ) TEMOR ( ) MIEDO ( ) HORROR ( ) TERROR	( ) CANSANCIO ( ) DESGANO ( ) ABATIMIENTO ( ) AGOTAMIENTO ( ) CONGOJA ( ) DOLOR EMOCIONAL ( ) PESADUMBRE ( ) TRISTEZA ( ) NOSTALGIA ( ) APATIA ( ) DESMOTIVACIÓN (NO VALE LA PENA) ( ) SENTIMIENTO DE DERROTA (FALTA DE FUERZA O ENERGÍA “NO PUEDO”) ( ) AUTOCRÍTICA ( ) DEVALUACIÓN O MINUSVALIA ( ) VALORACIÓN NEGATIVA (“NO SOY GUAPO, NO SOY LISTO, NO SOY BUENO”) ( ) INADECUACIÓN	( ) SOLEDAD ( ) DESAMPARO ( ) SENTIMIENTO PROFUNDO DE VERGÜENZA ( ) ABANDONO ( ) SENTIMIENTO ( ) CULPA ( ) IMPOTENCIA ( ) LIMITACIÓN DEL AFECTO ( ) NEGACIÓN DEL AFECTO ( ) DIFICULTAD PARA BUSCAR O ENCONTRAR LAS COSAS QUE GUSTAN O SON BUENAS ( ) INCAPACIDAD PARA EL DISFRUTE ( ) DESAGRADO O DESPRECIO HACIA SI MISMO ( ) SENTIMIENTO DE INUTILIDAD INTERNA ( ) DESESPERANZA ( ) DESESPERACIÓN ( ) ANGUSTIA ( ) ANSIEDAD
( ) FOBIAS ¿A QUÉ? _____		( ) DESPLAZAMIENTO DE SENTIMIENTOS
TOLERANCIA AL MALTRATO ( ) ALTA ( ) BAJA		¿CUÁL (ES)? _____ ¿HACIA QUIÉN (ES)? _____ TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN ( ) ALTA ( ) BAJA
<b>ALTERACIONES CONDUCTUALES</b>		
<b>BIPOLARIDAD CONDUCTUAL:</b> ( ) INQUIETUD-DEPRESIÓN-IRRITABILIDAD-DESENFRENO ( ) LENTITUD-APATÍA-DISTRACTIBILIDAD-AUSENCIA AFECTIVA ( ) HIPOACTIVIDAD ( ) HIPERACTIVIDAD ( ) IMPULSIVIDAD ( ) AGRESIÓN ABIERTA ( ) HACIA TERCEROS ( ) HACIA COSAS Y/O ANIMALES ( ) AGRESIÓN ENCUBIERTA ( ) BERRINCHES ( ) CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS (ONICOFAGIA, JALARSE EL CABELLO, ETC) ( ) POLITRAUMATISMO ( ) TENDENCIA A LOS ACCIDENTES ( ) AUTOAGRESIÓN ( ) INTENTOS SUICIDAS ( ) CONDUCTA EXCESIVAMENTE SUMISA ( ) PASIVIDAD ( ) ENLENTECIMIENTO ( ) COMPLACENCIA AL ADULTO ( ) NEGACIÓN DE EVENTOS DE MALTRATO ( ) JUSTIFICAR AL AGRESOR ( ) ENCUBRIR AL AGRESOR ( ) IDENTIFICACIÓN CON EL AGRESOR	( ) CONDUCTAS REGRESIVAS ( ) MICCIÓN INVOLUNTARIA O ENURESIS ( ) ENCOPRESIS ( ) DESOBEDIENCIA ( ) DIFICULTAD EN EL SEGUIMIENTO DE INSTRUCCIONES ( ) SOLLOZOS ( ) LLANTO FÁCIL POR POCO O NINGÚN MOTIVO APARENTE ( ) SUPRESIÓN DEL LLANTO ( ) TEMOR AL CONTACTO FÍSICO ( ) INDIFERENCIA ( ) INEXPRESIVIDAD ( ) DEMANDA EXIGENTE DE AFECTO Y/O ATENCIÓN ( ) EXAGERADA NECESIDAD DE GANAR O SOBRESALIR ( ) CONFLICTO DE LEALTADES ( ) APEGO ANSIOSO A LA FIGURA MALTRATADORA ( ) CONDUCTA EGVASIVA O DE ESCAPE (LLEGAR TEMPRANO A LA ESCUELA O RETIRARSE TARDE, PERMANECER MUCHO TIEMPO FUERA DEL HOGAR, ETC.) ( ) TENDENCIA A MENTIR Y/O ATRIBUIR LA RESPONSABILIDAD A OTROS Y NO ASI MISMO ( ) BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR ( ) CAMBIOS BRUSCOS EN LA CONDUCTA ESCOLAR ( ) AUSENTISMO ESCOLAR	( ) RETRASO EN EL DESARROLLO ( ) DESINTERES EN ACTIVIDADES SIGNIFICATIVAS ( ) DESCUIDO EN SU ASPECTO PERSONAL ( ) CONDUCTAS ADICTIVAS ( ) DROGAS ( ) ALCOHOL ( ) TABACO ( ) COMIDA ( ) OTRAS ¿CUÁLES? _____ ( ) CONDUCTAS AUTOESTIMULANTES (BALANCEO, JUGUETE O CON EL PELO, ETC.) ( ) CONDUCTAS DE RETO ( ) CONDUCTA FÓBICA <b>EXPRESIÓN VERBAL</b> ( ) VERBORREA ( ) LENTITUD ( ) POCA FLUIDEZ ( ) EXCESIVAMENTE CONCRETO ( ) MONOSILÁBICO ( ) REPETITIVO ( ) INCISIVO ( ) MUTISMO SELECTIVO <b>TONO DE VOZ</b> ( ) ALTO ( ) BAJO

<b>ALTERACIONES SOMÁTICAS</b>		
<b>TRASTORNOS EN LA ALIMENTACIÓN</b> <input type="checkbox"/> AUMENTO DEL APETITO <input type="checkbox"/> DISMINUCIÓN DEL APETITO <b>TRASTORNOS DEL DORMIR</b> <input type="checkbox"/> HIPERSOMNIA <input type="checkbox"/> INSOMNIO <input type="checkbox"/> TERRORS NOCTURNOS <input type="checkbox"/> SONAMBULISMO <input type="checkbox"/> NOCTILALIA <input type="checkbox"/> BRUXISMO <input type="checkbox"/> PESADILLA <input type="checkbox"/> SUEÑO INTERRUMPIDO	<b>TRASTORNOS DIGESTIVOS</b> <input type="checkbox"/> NAUSEAS <input type="checkbox"/> VÓMITO <input type="checkbox"/> DIARREA <input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO <input type="checkbox"/> GASTRITIS <input type="checkbox"/> COLITIS	<b>TRASTORNOS SOMÁTICOS DIVERSOS</b> <input type="checkbox"/> TENSIÓN MUSCULAR <input type="checkbox"/> DESMAYOS <input type="checkbox"/> DISNEA <input type="checkbox"/> TAQUICARDIA <input type="checkbox"/> SENSACIÓN DE OPRESIÓN EN EL PECHO <input type="checkbox"/> SUDORACIÓN <input type="checkbox"/> TEMBLOR CORPORAL <input type="checkbox"/> DERMATITIS <input type="checkbox"/> CEFALÉAS <input type="checkbox"/> PARÁLISIS <input type="checkbox"/> FATIGA
<b>INDICADORES DE LA EXISTENCIA DE VIOLENCIA SEXUAL EN EL MENOR</b>		
<b>INDICADORES FÍSICOS</b> <input type="checkbox"/> DOLOR, GOLPES, QUEMADURAS O HERIDAS EN LA ZONA GENITAL O ANAL <input type="checkbox"/> IRRITACIÓN EN LA VULVA O AÑO <input type="checkbox"/> ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL <b>INDICADORES EMOCIONALES</b> <input type="checkbox"/> MIEDO GENERALIZADO <input type="checkbox"/> HOSTILIDAD Y AGRESIVIDAD <input type="checkbox"/> CULPA Y VERGÜENZA <input type="checkbox"/> ANSIEDAD <input type="checkbox"/> RECHAZO AL PROPIO CUERPO <input type="checkbox"/> SINTOMATOLOGÍA QUE SEÑALE TRASTORNOS POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO <b>INDICADORES SEXUALES</b> <input type="checkbox"/> CONOCIMIENTO SEXUAL PRECOZ O INADECUADO PARA SU EDAD <input type="checkbox"/> MASTURBACIÓN COMPULSIVA	<input type="checkbox"/> EXCESIVA CURIOSIDAD SEXUAL <input type="checkbox"/> CONDUCTAS EXCIBICIONISTAS <input type="checkbox"/> AGRESIÓN SEXUAL DEL MENOR HACIA OTROS MENORES <b>INDICADORES COMPORTAMENTALES</b> <input type="checkbox"/> MIEDO HACIA DETERMINADO MIEMBRO DE LA FAMILIA <input type="checkbox"/> RECHAZO HACIA DETERMINADO MIEMBRO DE LA FAMILIA <input type="checkbox"/> CONDUCTAS REGRESIVAS REPENTINAS <b>INDICADORES SOCIALES</b> <input type="checkbox"/> ALEJAMIENTO DE ACTIVIDADES, LUGARES O PERSONAS RELACIONADAS CON EL SUCESO DE VIOLENCIA SEXUAL <input type="checkbox"/> EVITACIÓN DE CONVERSACIONES ASOCIADAS AL SUCESO DE VIOLENCIA SEXUAL <input type="checkbox"/> RECHAZO DE LAS CARICIAS, DE LOS BESOS Y DEL CONTACTO FÍSICO <input type="checkbox"/> NIVEL ELEVADO DE ALERTA Y RESPUESTA DE SOBRESALTO	
<b>ASPECTOS PSICOSOCIALES</b>		
<b>ÁMBITO FAMILIAR</b> <b>PERCEPCIÓN DEL MEDIO AMBIENTE FAMILIAR</b> <input type="checkbox"/> INSEGURO <input type="checkbox"/> INESTABLE <input type="checkbox"/> TENSO <input type="checkbox"/> HOSTIL <input type="checkbox"/> RESTRICTIVO <input type="checkbox"/> CON INCERTIDUMBRE <input type="checkbox"/> FUERA DE CONTROL <b>VALORACIÓN DE LA DINÁMICA FAMILIAR</b> <input type="checkbox"/> COALICIONES ENTRE: _____ HACIA: _____ <input type="checkbox"/> ALIANZAS ENTRE: _____ <b>LÍMITES</b> <input type="checkbox"/> RÍGIDOS <input type="checkbox"/> CONFUSOS <input type="checkbox"/> CONFLICTO DE LEALTADES ¿ENTRE QUIÉN? _____ <input type="checkbox"/> RIGIDIZACIÓN DE LAS GERARQUÍAS ¿QUIÉN LA EJERCE? _____ <input type="checkbox"/> SOLUCIÓN DE CONFLICTOS MEDIANTE VIOLENCIA ¿CUÁL (ES)? _____ <input type="checkbox"/> COMPETITIVIDAD <input type="checkbox"/> APRENDIZAJE O IMITACIÓN DE MODELOS VIOLENTOS	<b>INSATISFACCIÓN DE NECESIDADES</b> <input type="checkbox"/> CONTENCIÓN DE SENTIMIENTOS <input type="checkbox"/> LIMITADO <input type="checkbox"/> NULO <input type="checkbox"/> CONTACTO AFECTIVO <input type="checkbox"/> LIMITADO <input type="checkbox"/> NULO <input type="checkbox"/> APOYO <input type="checkbox"/> LIMITADO <input type="checkbox"/> NULO <input type="checkbox"/> ACEPTACIÓN <input type="checkbox"/> LIMITADO <input type="checkbox"/> NULO <input type="checkbox"/> AUTONOMÍA (APRENDER A VALERSE POR SI MISMO) <input type="checkbox"/> LIMITADO <input type="checkbox"/> NULO <input type="checkbox"/> REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE INTERÉS PARA EL MENOR <input type="checkbox"/> LIMITADO <input type="checkbox"/> NULO <input type="checkbox"/> AFECTO <input type="checkbox"/> LIMITADO <input type="checkbox"/> NULO <b>COMUNICACIÓN</b> <input type="checkbox"/> INDIRECTA (TRIANGULADA) <input type="checkbox"/> AGRESIVA <input type="checkbox"/> NO VERBAL <input type="checkbox"/> AMBIVALENTE O CONFUSA <input type="checkbox"/> DOBLE VÍNCULO <input type="checkbox"/> SIMÉTRICA O ESCALADA <input type="checkbox"/> OTROS: _____	<b>ÁMBITO SOCIAL</b> <input type="checkbox"/> DESARROLLO LIMITADO O ESCASO DE HABILIDADES SOCIALES <input type="checkbox"/> INCAPACIDAD PARA RELACIONARSE CON SUS COMPAÑEROS O CONGÉNERES <input type="checkbox"/> DIFICULTAD PARA FORMAR Y MANTENER RELACIONES INTERPERSONALES <input type="checkbox"/> FORMA PLANA O SUPERFICIAL PARA RELACIONARSE <input type="checkbox"/> RETRAIMIENTO <input type="checkbox"/> SE EXPRESA EN SECUENCIAS SUCESIVAS O COMBINADAS DE ACERCAMIENTO Y ALEJAMIENTO EN LOS CONTACTOS SOCIALES <input type="checkbox"/> AISLAMIENTO <input type="checkbox"/> COMPORTAMIENTO ANTISOCIAL O VIOLENTO <input type="checkbox"/> HURTOS <input type="checkbox"/> SUSCEPTIBILIDAD A INTERPRETAR LAS INTENCIONES DE OTROS COMO NEGATIVAS U HOSTILES <input type="checkbox"/> NO EXPRESIÓN DE SUS NECESIDADES <input type="checkbox"/> ADQUISICIÓN E IMITACIÓN DE ROLES DE GÉNERO RÍGIDOS O ESTEREOTIPADOS
<b>OBJETIVOS TERAPÉUTICOS</b>		
<input type="checkbox"/> RECONOCER E IDENTIFICAR MALTRATO VIVIDO. <input type="checkbox"/> IDENTIFICACIÓN Y EXPRESIÓN DE LOS SENTIMIENTOS DERIVADOS DE LA EXPERIENCIA DE MALTRATO. <input type="checkbox"/> AUTOVALORACIÓN POSITIVA. <input type="checkbox"/> ELIMINAR ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO INADECUADAS PARA ENFRENTAR EL MALTRATO. <input type="checkbox"/> RECONOCIMIENTO DE COMPORTAMIENTOS ALTERNATIVOS QUE LE EVITEN EXPONERSE AL MALTRATO <input type="checkbox"/> DETECCIÓN DE SUS NECESIDADES PERSONALES CON BASE A SUS DERECHOS COMO INDIVIDUO.		
<b>CONCLUSIONES</b>		
EL C. PERITO VICTIMAL ADSCRITO AL CENTRO DE ATENCIÓN A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, ELABORÓ LA PRESENTE VALORACIÓN PSICOLÓGICA A SU LEAL Y REAL SABER Y ENTENDER DE ACUERDO CON EL MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES DSM IV, EMITIDO POR LA AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION Y LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES CIE 10, EMITIDO POR LA ORGANIZACIÓN MUNICIPAL DE LA SALUD (OMS), A LOS _____ DÍAS DEL MES DE _____ DEL AÑO _____		
NOMBRE CÉDULA PROFESIONAL NÚMERO:	VO. BO.	FIRMA
NOMBRE CÉDULA PROFESIONAL NÚMERO		FIRMA
CARGO:		





## **ANEXO 10**

### **GUIÓN DE ENTREVISTA**

#### **GUIÓN DE ENTREVISTA**

##### Presentación

Estamos haciendo una investigación sobre las competencias del psicólogo en ámbitos profesionales. Por favor ¿podría describir las tareas que realiza un psicólogo en el área en que Ud. se desenvuelve? ¿Qué cosas deben poder manejar para desempeñarse con idoneidad en su puesto de trabajo? Piensa en términos de tareas, conocimientos o actividades en función de las demandas concretas de su puesto (lo que realmente tiene que hacer).

##### Guión de entrevista

¿Cuáles son las fortalezas y debilidades de los psicólogos hoy? ¿Existen déficit o falencias? ¿Para qué considera que son muy buenos? Y ¿muy malos?

En el área en que Ud. se desenvuelve ¿Cubren las necesidades de su servicio o área? En caso contrario ¿cuáles no cubren o no están capacitados para hacer?

¿Cuál es la formación académica (grado y postgrado) mínima para realizar la tarea? De forma ideal ¿qué formación académica o profesional deberían tener? ¿Cuánta experiencia considera como suficiente? ¿Qué tipo de entrenamiento es requerido?

¿Tiene que tener capacidades para manejar algún equipo en especial (computación, software, test, etc.)? ¿Tiene que tener habilidades para escribir memorandos, informes, etc.?

Señale los tipos de problemas que tiene que resolver un psicólogo en su puesto de trabajo de forma diaria.

¿Ud. considera que los psicólogos en la actualidad están capacitado para trabajar con minorías (raciales, poblaciones especiales, extranjeros, población de bajos recursos económicos)?

¿Qué tipo de habilidades, conocimientos, etc. Debería promover la universidad hoy para que el psicólogo se desenvuelva adecuadamente en su puesto de trabajo?

¿Tienen que tener algún tipo de supervisión? (Con relación al organigrama de la institución).

A su juicio ¿qué modo de ser (personalidad, aspecto, trato, etc.) debe tener un buen psicólogo para desempeñarse con idoneidad en su área de trabajo?

A su entender ¿cuáles son las características más negativas que un psicólogo no debe tener y que a veces desafortunadamente Ud. encuentra en estos profesionales?

Describa el ambiente de trabajo real en el que el psicólogo se desempeña.  
¿Cuáles son las condiciones ideales?

Describa los aspectos más frustrantes de la labor del psicólogo y que el debe estar capacitado para sobrellevar o afrontar. Señale otros posibles aspectos conflictivos, fuentes de estrés o presión (Castro, 2004, p. 144 y 145).

## ANEXO 11

### PROTOCOLO DE LA ENTREVISTA DE AUTOPERCEPCIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

#### FORMA A

Años de graduación:

Estudiante

Hasta 5 años

5 a 10 años

10 a 15 años

15 a 20 años

Más de 20 años

Edad:

Sexo:

Institución de egreso:

A continuación se enumera una serie de habilidades o destrezas que los psicólogos desarrollan durante su formación profesional. Por favor, señale según su criterio, cuán competente se autopercibe Ud. en este listado: 1 Señala que Ud. se siente nada competente, 3 señala un punto intermedio, 5 señala que Ud. se autopercibe como muy competente. Marque su respuesta con un círculo en el número correspondiente.

Competencias	¿Cuán competente se autopercibe Ud.?
1.- Realización de diagnósticos clínicos según criterios internacionales (DSM-IV ó CID-10)	Nada competente 1-2-3-4-5 Muy competente
2.- Redacción de informes psicológicos (para profesionales y no profesionales).	Nada competente 1-2-3-4-5 Muy competente
3.- Intervención psicológica en situaciones de crisis y emergencias.	Nada competente 1-2-3-4-5 Muy competente
4.- Manejo de paquetes informáticos básicos (Word, Excel, Internet).	Nada competente 1-2-3-4-5 Muy competente
5.- Orientación psicológica a padres.	Nada competente 1-2-3-4-5 Muy competente
6.- Realización de psicoterapias breves y/o focalizadas.	Nada competente 1-2-3-4-5 Muy competente
7.- Detección temprana de problemas de aprendizaje en niños y adolescentes con técnicas de despistaje.	Nada competente 1-2-3-4-5 Muy competente
8.- Intervención psicológica en poblaciones de bajos recursos económicos.	Nada competente 1-2-3-4-5 Muy competente
9.- Diseño y puesta en marcha de programas comunitarios.	Nada competente 1-2-3-4-5 Muy competente
10.- Valoración de la eficacia de las intervenciones psicológicas (clínicas, educaciones, programas sociales, etc.)	Nada competente 1-2-3-4-5 Muy competente
11.- Aplicación de baterías de tests acordes a las necesidades institucionales.	Nada competente 1-2-3-4-5 Muy competente
12.- Evaluación del aprendizaje.	Nada competente 1-2-3-4-5 Muy competente
13.- Identificación de niños y adolescentes con problemas de conducta con técnicas de screening (despistaje).	Nada competente 1-2-3-4-5 Muy competente
14.- Redacción de artículos científicos y/o	Nada competente 1-2-3-4-5 Muy competente



ponencias para su presentación en eventos científicos.	
15.- Intervenciones psicológicas en familias.	Nada competente 1-2-3-4-5 Muy competente
16.- Intervenciones psicológicas en niños.	Nada competente 1-2-3-4-5 Muy competente
17.- Tareas de orientación vocacional y ocupacional.	Nada competente 1-2-3-4-5 Muy competente
18.- Trabajo en equipos interdisciplinarios.	Nada competente 1-2-3-4-5 Muy competente
19.- Tareas de diagnóstico psicológico con pruebas psicométricas.	Nada competente 1-2-3-4-5 Muy competente
20.- Conocimiento de teorías o enfoques de la personalidad, contemporáneos (Millon, Big Five, etc.)	Nada competente 1-2-3-4-5 Muy competente
21.- Manejo de paquetes estadísticos específicos (por ej. SPSS, gestión de bases datos en Excel).	Nada competente 1-2-3-4-5 Muy competente
22.- Tratamiento de pacientes con trastornos de personalidad.	Nada competente 1-2-3-4-5 Muy competente
23.- Orientación a docentes y directivos de escuelas.	Nada competente 1-2-3-4-5 Muy competente
24.- Tareas de diagnóstico psicológico con pruebas proyectivas.	Nada competente 1-2-3-4-5 Muy competente
25.- Administración de baterías de tests psicoeducacionales.	Nada competente 1-2-3-4-5 Muy competente
26.- Tareas de prevención de riesgos y accidentes laborales.	Nada competente 1-2-3-4-5 Muy competente
27.- Conocimiento de modelos y teorías psicológicas actuales.	Nada competente 1-2-3-4-5 Muy competente
28.- Intervención psicopedagógica en educación especial.	Nada competente 1-2-3-4-5 Muy competente
29.- Conocimiento de investigaciones empíricas en el área particular de desempeño.	Nada competente 1-2-3-4-5 Muy competente
30.- Conocimientos básicos de metodología de la investigación para resolución de problemas concretos.	Nada competente 1-2-3-4-5 Muy competente
31.- Manejo básico del idioma inglés para la lectura de textos científicos.	Nada competente 1-2-3-4-5 Muy competente
32.- Elaboración de propuestas de investigación científica (para presentación a becas o postgrados)	Nada competente 1-2-3-4-5 Muy competente
33.- Tareas de selección y reclutamiento de personal.	Nada competente 1-2-3-4-5 Muy competente
34.- Desarrollo y seguimiento de programas de capacitación de personal.	Nada competente 1-2-3-4-5 Muy competente
35.- Presentaciones orales para público profesional y no profesional.	Nada competente 1-2-3-4-5 Muy competente
36.- Elaboración de perfiles psicológicos en diferentes ámbitos laborales a partir del análisis de puestos y tareas.	Nada competente 1-2-3-4-5 Muy competente
37.- Realización de entrevistas de diagnóstico clínico.	Nada competente 1-2-3-4-5 Muy competente
38.- Tratamiento de pacientes adultos con problemas psicológicos.	Nada competente 1-2-3-4-5 Muy competente
39.- Tareas de cuidados paliativos en pacientes terminales.	Nada competente 1-2-3-4-5 Muy competente
40.- Tratamiento de niños y adolescentes con problemas escolares.	Nada competente 1-2-3-4-5 Muy competente
41.- Derivación e interconsulta con otros profesionales.	Nada competente 1-2-3-4-5 Muy competente
42.- Diagnóstico de problemas del lenguaje en	Nada competente 1-2-3-4-5 Muy competente

niños y adultos.	
43.- Intervención psicológica en adolescentes.	Nada competente 1-2-3-4-5 Muy competente
44.- Tareas de mediación.	Nada competente 1-2-3-4-5 Muy competente
45.- Intervención psicopedagógica en adultos.	Nada competente 1-2-3-4-5 Muy competente
46.- Desarrollo, implementación y seguimientos de programas de marketing.	Nada competente 1-2-3-4-5 Muy competente
47.- Intervención en psicología de la salud (en pacientes con problemas médicos que presentan trastornos psicológicos como consecuencia de su enfermedad):	Nada competente 1-2-3-4-5 Muy competente
48.- Construcción y desarrollo de instrumentos de evaluación psicológica.	Nada competente 1-2-3-4-5 Muy competente
49.- Desarrollo de programas de evaluación de desempeño en empresas o instituciones.	Nada competente 1-2-3-4-5 Muy competente
50.- Comunicación sistemática de su tarea profesional con gráficos y tablas.	Nada competente 1-2-3-4-5 Muy competente
51.- Realización de pericias psicológicas.	Nada competente 1-2-3-4-5 Muy competente
52.- Evaluación, planificación y asesoramiento en actividades deportivas.	Nada competente 1-2-3-4-5 Muy competente
53.- Evaluación e intervención en el área de la neuropsicología clínica.	Nada competente 1-2-3-4-5 Muy competente
54.- Planificación de programas y tareas de prevención en el campo de las adicciones.	Nada competente 1-2-3-4-5 Muy competente
55.- Conocimiento de modelos psicológicos clásicos (psicoanálisis por ej.)	Nada competente 1-2-3-4-5 Muy competente
56.- Conocimiento de teorías del aprendizaje.	Nada competente 1-2-3-4-5 Muy competente
57.- Intervención psicopedagógica en niños y adolescentes.	Nada competente 1-2-3-4-5 Muy competente

## ANEXO 12

### PREGUNTAS ABIERTAS PARA LA ENTREVISTA DEL RECEPTOR DE VIOLENCIA FAMILIAR

#### PROPUESTA

##### Relación de pareja

1. ¿Colabora con el cuidado de los hijos?
2. ¿Le agrada la comida que se prepara en casa?
3. ¿Lo o la humillan frente a sus hijos?
4. ¿No le permiten utilizar alguna ropa?
5. ¿Él o ella se encuentran en estado de ebriedad?

##### Relación con los hijos

1. ¿Los llama por su nombre?
2. ¿Les llama con un sobrenombre ofensivo?
3. ¿Siempre les grita?
4. ¿Se lleva mejor con los hombres? ¿Por qué?
5. ¿Se lleva mejor con la mujeres? ¿Por qué?
6. ¿Cómo actúa cuando sus hijos no le hacen caso?
7. ¿Cómo actúa cuando sus hijos prueban año?
8. ¿Cómo actúa cuando sus hijos no quieren levantarse temprano?

##### Relación con otros familiares

1. ¿Qué otros familiares viven con usted?
2. ¿Cómo se lleva con los papás de su pareja?
3. ¿Cómo se lleva con los hermanos y hermanas de su pareja?
4. ¿Cómo se lleva con sus propios padres?
5. ¿Cómo se lleva con sus propios hermanos?

## ANEXO 13

### ENTREVISTA DE NAVARRO Y RAVELO

#### CUESTIONARIO 1

1. Edad: \_\_\_\_\_ 2. Sexo: \_\_\_\_\_ (1. femenino y 2. masculino)
2. Cantidad de personas en el núcleo familiar: \_\_\_\_\_
3. Tipo de familia: \_\_\_\_\_ (1: nuclear 2: extensa 3: ampliada)
4. Alguna vez ud. ha sufrido: (1: Sí \_\_\_\_\_ 2: No \_\_\_\_\_)
5. Ofensas frecuentes: \_\_\_\_\_ golpes: \_\_\_\_\_ humillación: \_\_\_\_\_ abuso personal: \_\_\_\_\_ amenazas: \_\_\_\_\_ abuso sexual: \_\_\_\_\_ otra forma de maltrato: \_\_\_\_\_ ¿cuál? \_\_\_\_\_ ¿por quién? \_\_\_\_\_
6. Algún otro miembro de la familia (1: Sí \_\_\_\_\_ 2: No \_\_\_\_\_)  
Madre \_\_\_\_\_ padre \_\_\_\_\_ hijos \_\_\_\_\_ esposo \_\_\_\_\_ esposa \_\_\_\_\_  
Hermanas \_\_\_\_\_ hermanos \_\_\_\_\_ otros \_\_\_\_\_ quienes \_\_\_\_\_
7. Durante el último año cuántas veces ocurrió esta situación: \_\_\_\_\_
8. La persona que causó este daño está bajo el efecto de: (1: Sí \_\_\_\_\_ 2: No \_\_\_\_\_)  
Alcohol \_\_\_\_\_ drogas \_\_\_\_\_ medicamentos \_\_\_\_\_ ¿es un enfermo mental? \_\_\_\_\_
9. ¿Hubo denuncia? (1: Sí \_\_\_\_\_ 2: No \_\_\_\_\_)
10. ¿Recibió atención médica? (1: Sí \_\_\_\_\_ 2: No \_\_\_\_\_)
11. ¿Ejerce ud. violencia, maltrato o daño sobre algún miembro de la familia?  
(1: Si \_\_\_\_\_ 2: No \_\_\_\_\_)

## ANEXO 14

### FAMILIAS FUNCIONALES O DISFUNCIONALES

#### CUESTIONARIO 2

1. ¿Considera Ud. que en su núcleo familiar existe violencia \_\_\_\_\_?  
(1:Si \_\_\_\_\_ 2:No \_\_\_\_\_)
2. ¿Qué manifestaciones de violencia se dan en su familia? (1. \_\_\_\_\_ sí 2. \_\_\_\_\_ No)  
Golpes frecuentes \_\_\_\_\_ humillaciones \_\_\_\_\_ amenazas \_\_\_\_\_ abuso personal \_\_\_\_\_  
abuso sexual \_\_\_\_\_ otro \_\_\_\_\_ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_
3. ¿Quién o quiénes ejercen la violencia? (1. \_\_\_\_\_ Sí 2. \_\_\_\_\_ No). Padre \_\_\_\_\_  
Madre \_\_\_\_\_ hermana \_\_\_\_\_ hermano \_\_\_\_\_ esposo \_\_\_\_\_ esposa \_\_\_\_\_  
hija (s) \_\_\_\_\_ hijo (s) \_\_\_\_\_
4. ¿Quién es la víctima? (1. \_\_\_\_\_ Sí 2. \_\_\_\_\_ No). Padre \_\_\_\_\_ madre \_\_\_\_\_  
hermana \_\_\_\_\_ hermano \_\_\_\_\_ esposo \_\_\_\_\_ esposa \_\_\_\_\_ hija (s) \_\_\_\_\_ hijo (s) \_\_\_\_\_
5. ¿Hubo denuncia? \_\_\_\_\_ (1. \_\_\_\_\_ Sí 2. \_\_\_\_\_ No)
6. ¿Recibió atención médica? \_\_\_\_\_ (1. \_\_\_\_\_ Sí 2. \_\_\_\_\_ No). De las lesiones \_\_\_\_\_ (1. \_\_\_\_\_ Sí  
2. \_\_\_\_\_ No) atención psicológica \_\_\_\_\_ (1. \_\_\_\_\_ Sí 2. \_\_\_\_\_ No)
7. ¿Dónde? (1. \_\_\_\_\_ Sí 2. \_\_\_\_\_ No) CMF \_\_\_\_\_ casa \_\_\_\_\_ policlínico \_\_\_\_\_ hospital  
\_\_\_\_\_
8. La persona que ejerce la violencia consume (1. \_\_\_\_\_ Sí 2. \_\_\_\_\_ No). Alcohol \_\_\_\_\_  
drogas \_\_\_\_\_ medicamentos \_\_\_\_\_ ¿es un enfermo mental? \_\_\_\_\_

## ANEXO 15

### ESCALA DE VIOLENCIA

#### ESCALA PARA MEDIR VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES POR PARTE DE SU PAREJA MASCULINA

Esta escala de violencia considera las siguientes acciones:

- Violencia física: empujones, golpes, heridas de arma de fuego o punzo cortante.
- Violencia emocional: intimidación, humillaciones, amenaza de violencia física.
- Violencia sexual: forzar física o emocionalmente a la mujer a la relación sexual.
- Violencia económica: ejercicio del control a través del dinero.

Reactivos	Nunca	Alguna vez	Varias veces	Muchas veces
1. ¿Le ha exigido tener relaciones sexuales?				
2. ¿Le ha quemado con cigarro u otra sustancia?				
3. ¿Se ha puesto a golpear o patear la pared o mueble?				
4. ¿Le ha pateado?				
5. ¿Le ha amenazado con pistola o rifle?				
6. ¿Le ha amenazado con golpearla?				
7. ¿Le ha golpeado con el cinturón u objeto doméstico?				
8. ¿Le ha empujado intencionalmente?				
9. ¿Le ha golpeado con el puño o la mano?				
10. ¿Le ha disparado con una pistola o rifle?				
11. ¿Le ha hecho sentir miedo de él?				
12. ¿Le ha dicho que es poco atractiva o fea?				
13. ¿Le ha amenazado con matarla?				
14. ¿Se ha puesto celoso o ha sospechado de sus amistades?				
15. ¿Le ha amenazado con alguna navaja, cuchillo o machete?				

16. ¿Le ha intentado ahorcar o asfixiar?				
17. ¿Le ha destruido alguna de sus cosas?				
18. ¿Le ha rebajado o menospreciado?				
19. ¿Le ha torcido el brazo?				
20. ¿Le ha controlado con no darle dinero o quitárselo?				
21. ¿Ha usado la fuerza física para tener relaciones sexuales?				
22. ¿Le ha insultado?				
23. ¿Le ha agredido con navaja, cuchillo o machete?				
24. ¿Le ha rebajado o menospreciado frente a otras personas?				
25. ¿Le ha amenazado con irse con otras mujeres si no accede a tener relaciones sexuales?				
26. ¿Le ha quitado o ha hecho uso de sus pertenencias en contra de su voluntad?				
27. ¿Le ha sacudido, zarandeado o jaloneado?				

## ANEXO 16

### CUESTIONARIO DE MASLACH

#### CUESTIONARIO PARA DETECTAR SAC

Por favor lea cuidadosamente el siguiente cuestionario y conteste las preguntas acerca de cómo se siente lo más honestamente posible.

Qué tan seguido:

- 0 Nunca
- 1 Pocas veces al año o menos
- 2 Una vez al mes o menos
- 3 Pocas veces al mes
- 4 Una vez a la semana
- 5 Pocas veces a la semana
- 6 Todos los días

Qué tan seguido

Oraciones

1. \_\_\_ Me siento emocionalmente defraudado por mi trabajo
2. \_\_\_ Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.
3. \_\_\_ Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.
4. \_\_\_ Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.
5. \_\_\_ Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fuesen objetos impersonales.
6. \_\_\_ Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.
7. \_\_\_ Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender.
8. \_\_\_ Siento que mi trabajo me está desgastando
9. \_\_\_ Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo.
10. \_\_\_ Siento que me he hecho más duro con la gente.
11. \_\_\_ Me preocupa que este trabajo de está endureciendo emocionalmente.



12. \_\_\_ Me siento con mucha energía en mi trabajo.
13. \_\_\_ Me siento frustrado por mi trabajo
14. \_\_\_ Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.
15. \_\_\_ Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas que tengo que atender profesionalmente.
16. \_\_\_ Siento que trabajar en contacto directo con la gente, me cansa.
17. \_\_\_ Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.
18. \_\_\_ Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender.
19. \_\_\_ Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.
20. \_\_\_ Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.
21. \_\_\_ Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados en forma adecuada.
22. \_\_\_ Me parece que los beneficios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas.

**TALLER**  
**ATENCIÓN PSICOLÓGICA DENTRO DE LA INSTITUCIÓN**

**Total de horas:** 40 horas

**Horario 1:** Lunes, miércoles y viernes de 9:00 a 11:00 AM

**Horario 2:** Lunes, miércoles y viernes de 3:00 a 5:00 PM

**Objetivos generales:**

1. Adquirir los conocimientos necesarios para trabajar en la Unidad departamental de tratamiento psicológico del CAVI.
2. Profundizar en argumentos específicos propios de la familia y de la violencia familiar, así como en las principales características de los modelos terapéuticos utilizados en el centro.

**Objetivos específicos:**

1. Identificar las diferentes formas de relación que se dan en la familia, para reconocer aquéllas que fortalecen y permiten la convivencia, así como aquéllas que la obstaculizan, lastiman o dañan
2. Conocer los aspectos relacionados con la violencia familiar, planteando las estrategias de prevención e intervención que se puedan llevar a cabo.
3. Reconocer la teoría sobre estos temas para comparar el trabajo realizado hasta entonces y evaluar su funcionalidad
4. Trabajar la teoría sobre los modelos de intervención del CAVI y reevaluar el trabajo terapéutico.

El taller constará de tres módulos, como se muestra a continuación.

EJERCICIO	DESARROLLO	PRESENTACIÓN MATERIAL	TIEMPO	OBJETIVOS
Línea de la vida.	Equipos de 5 ó 6 persona.		Total: 110 minutos	Lograr aceptación interpersonal en los grupos.
	Los participantes deben dibujar los puntos más importantes de su vida, sobre su pasado, presente y futuro. Los dibujos pueden ser de cualquier tipo (realistas, simbólicos, surrealistas, etc.). El dibujo debe hablar por sí mismo.		20 minutos	
	Cada persona debe mostrar el dibujo a su compañero de equipo, comentarlo y explicarlo. Debe haber libertad de preguntas y respuestas.		30 minutos	Romper con la tensión inicial.
	Cuando la mayoría de los grupos ha terminado se hace una mesa redonda general para recoger impresiones y lograr una reflexión teórica.	- Salón amplio e iluminado, sillas y mesas. - Papel y lápiz con goma para cada participante.	30 minutos	Sensibilización y autoanálisis de los integrantes del grupo.
	Al final cada uno de los integrantes se presentará al grupo, mencionando su nombre y pasatiempo preferido.		15 minutos	Permitir que cada participante hable de su vida.
	El instructor agradecerá la participación del grupo y después dará un panorama general del taller.		15 minutos	Introducir al grupo al taller.

<b>MÓDULO 1: LA FAMILIA</b>				
<b>TEMA</b>	<b>TÉCNICA DIDÁCTICA</b>	<b>MATERIAL</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>OBJETIVOS</b>
1.1. CONCEPTO DE FAMILIA.	Exposición en power point.	Computadora y cañón. Presentación del tema.	20 minutos	
	Mencionar ejemplo y pedir la participación de los integrantes con más ejemplos.			
	Sesión de preguntas y mesa de discusión en donde se aclararan dudas		25 minutos	
<hr/>				
1.2. CICLO VITAL DE LA FAMILIA.	Exposición en power point.	Computadora y cañón. Presentación del tema.	20 minutos	Identificar los diferentes tipos de familia que existen en la actualidad, así como sus principales características.
	Mencionar ejemplo y pedir la participación de cada integrante con más ejemplos.			
	Sesión de preguntas y mesa de discusión en donde se aclararan dudas		25 minutos	
	<b>ACTIVIDAD FINAL</b> Memorama de conceptos. Se formarán equipos de 5 personas.	30 juegos de tarjetas para cada equipo.	20 minutos	
	Cierre de la sesión, invitación para asistir a la próxima y despedida.		10 minutos	

<b>MÓDULO 1: LA FAMILIA</b>					
	<b>TEMA</b>	<b>TÉCNICA DIDÁCTICA</b>	<b>MATERIAL</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>OBJETIVOS</b>
1.3.	<b>FUNCIONES FAMILIARES</b>	Exposición en power point.  Mencionar ejemplo y pedir la participación de los integrantes con más ejemplos.  Sesión de preguntas y mesa de discusión en donde se aclararan dudas	Computadora y cañón. Presentación del tema.	15 minutos   20 minutos	
1.4.	<b>LAS RELACIONES FAMILIARES</b>	Exposición en power point. Mencionar ejemplo y pedir la participación de cada integrante con más ejemplos.  Sesión de preguntas y mesa de discusión en donde se aclararan dudas  <b>ACTIVIDAD FINAL</b>  Se formarán equipos de 2, 3, 4 y 5 personas. Cada equipo representará un tipo de familia, tratando de expresar las características revisadas anteriormente.  Cierre de la sesión, invitación para asistir a la próxima y despedida.	Computadora y cañón. Presentación del tema.      Espacio al centro del salón.	15 minutos   20 minutos   40 minutos  10 minutos	Identificar los diferentes tipos de familia que existen en la actualidad, así como sus principales características.

## MÓDULO 2: VIOLENCIA FAMILIAR

TEMA	TÉCNICA DIDÁCTICA	MATERIAL	TIEMPO	OBJETIVOS
2.1. CONCEPTO DE VIOLENCIA FAMILIAR	Exposición en power point. Mencionar ejemplo y pedir la participación de los integrantes con más ejemplos.	Computadora y cañón. Presentación del tema.	15 minutos	
2.2. TIPOS DE VIOLENCIA FAMILIAR	Exposición en power point. Mencionar ejemplo y pedir la participación de cada integrante con más ejemplos.	Computadora y cañón. Presentación del tema.	15 minutos	Definir el concepto de violencia familiar.
2.2.1. VIOLENCIA FÍSICA	Exposición en power point. Mencionar ejemplo y pedir la participación de cada integrante con más ejemplos.	Computadora y cañón. Presentación del tema.	15 minutos	Reconocer que la violencia familiar se expresa de diferentes formas.
	Sesión de preguntas y mesa de discusión en donde se aclararan dudas de los tres temas	.	45 minutos	Identificar la violencia física, sus características y sus consecuencias.
	<b>ACTIVIDAD FINAL</b>  Se formarán equipos de 5 personas. Cada equipo realizará un cuestionario de 15 preguntas, de las cuales se elegirán las mejores para la evaluación del módulo.	Papel y bolígrafos	25 minutos	
	Cierre de la sesión, invitación para asistir a la próxima y despedida.		5 minutos	

## MÓDULO 2: VIOLENCIA FAMILIAR

TEMA	TÉCNICA DIDÁCTICA	MATERIAL	TIEMPO	OBJETIVOS
2.2.2. VIOLENCIA PSICOLÓGICA	Exposición en power point. Mencionar ejemplo y pedir la participación de los integrantes con más ejemplos.	Computadora y cañón. Presentación del tema.	15 minutos	
2.2.3. VIOLENCIA SEXUAL	Exposición en power point. Mencionar ejemplo y pedir la participación de cada integrante con más ejemplos.	Computadora y cañón. Presentación del tema.	15 minutos	
2.2.4. VIOLENCIA PATRIMONIAL	Exposición en power point. Mencionar ejemplo y pedir la participación de cada integrante con más ejemplos.	Computadora y cañón. Presentación del tema.	15 minutos	Identificar la violencia psicológica, sus características y sus consecuencias.
	Sesión de preguntas y mesa de discusión en donde se aclararan dudas de los tres temas		45 minutos	Identificar la violencia sexual, sus características y sus consecuencias.
	<b>ACTIVIDAD FINAL</b>  Se formarán equipos de 5 personas. El instructor realizará preguntas sobre los temas revisados, cada equipo tendrá 1 minuto para ponerse de acuerdo y un integrante pasará al pizarrón y anotará la respuesta.		25 minutos	Identificar la violencia patrimonial sus características y sus consecuencias.
	Cierre de la sesión, invitación para asistir a la próxima y despedida.		5 minutos	

<b>MÓDULO 2: VIOLENCIA FAMILIAR</b>				
<b>TEMA</b>	<b>TÉCNICA DIDÁCTICA</b>	<b>MATERIAL</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>OBJETIVOS</b>
2.3. CICLO DE LA VIOLENCIA FAMILIAR	Exposición en power point.	Computadora y cañón. Presentación del tema.	25 minutos	Identificar la violencia psicológica, sus características y sus consecuencias.  Identificar la violencia sexual, sus características y sus consecuencias.  Identificar la violencia patrimonial sus características y sus consecuencias.
	Lectura de un caso	Copia de la lectura para cada participante	10 minutos	
	Reflexión del caso en equipos de 3 personas		15 minutos	
	Lluvia de ideas sobre el ciclo de la violencia familiar	Pizarrón y plumones	20 minutos	
	Mapa conceptual del tema	Hojas, lápiz y colores	10 minutos	
	Sesión de preguntas y mesa de discusión en donde se aclararan dudas del tema		25 minutos	
	<b>ACTIVIDAD FINAL</b> Cada uno de los integrantes pegará su mapa conceptual en las paredes del salón y revisará los otros.		10 minutos	
Cierre de la sesión, invitación para asistir a la próxima y despedida.		5 minutos		



<b>MÓDULO 2: VIOLENCIA FAMILIAR</b>				
<b>TEMA</b>	<b>TÉCNICA DIDÁCTICA</b>	<b>MATERIAL</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>OBJETIVOS</b>
2.4. GENERADOR Y RECEPTOR DE VIOLENCIA FAMILIAR	Exposición en power point.	Computadora y cañón. Presentación del tema.	25 minutos	Identificar la violencia psicológica, sus características y sus consecuencias.  Identificar la violencia sexual, sus características y sus consecuencias.  Identificar la violencia patrimonial sus características y sus consecuencias.
	Enlistar las características del receptor.	Pizarrón y plumones	10 minutos	
	Enlistar las características del generador.	Pizarrón y plumones	10 minutos	
	Revisar relación que existe entre generador y receptor con el ciclo de la violencia familiar.	Pizarrón y plumones.	20 minutos	
	Sesión de preguntas y mesa de discusión en donde se aclararan dudas del tema		20 minutos	
	<b>ACTIVIDAD FINAL</b> Relato de un caso que hayan atendido en el que encontraron características claras y concretas del receptor o del generador. Todos deberán anotarlas y podrán participar para complementar la información.	Hojas y bolígrafos	30 minutos	
	Cierre de la sesión, invitación para asistir a la próxima y despedida.		5 minutos	

<b>MÓDULO 2: VIOLENCIA FAMILIAR</b>					
<b>TEMA</b>	<b>TÉCNICA DIDÁCTICA</b>	<b>MATERIAL</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>OBJETIVOS</b>	
2.5. CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA FAMILIAR	Exposición en power point.	Computadora y cañón. Presentación del tema.	25 minutos	Identificar las consecuencias de la violencia psicológica, de la violencia sexual y de la violencia patrimonial.	
	Enlistar las consecuencias de la violencia familiar (los integrantes deben participar):	Pizarrón y plumones	15 minutos		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• violencia física</li> <li>• violencia psicológica</li> <li>• violencia sexual</li> <li>• violencia patrimonial</li> </ul>				
	Sesión de preguntas y mesa de discusión en donde se aclararan dudas del tema				30 minutos
	<p><b>ACTIVIDAD FINAL</b></p> Formarán equipos de 4 personas. El instructor repartirá un caso a cada equipo y obtendrán las consecuencias de la violencia que vive el receptor.	Hojas y bolígrafos			25 minutos
Cada participante hará un mapa conceptual del tema y lo pegará en las paredes alrededor del salón.			15 minutos		
Cierre de la sesión, invitación para asistir a la próxima y despedida.			10		

<b>MÓDULO 3: MODELOS TERAPÉUTICOS</b>				
<b>TEMA</b>	<b>TÉCNICA DIDÁCTICA</b>	<b>MATERIAL</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>OBJETIVOS</b>
<b>3.1. TERAPIA BREVE</b>	Exposición teórica de 2 distintos enfoques de terapia breve (Psicodinámica y sistémica) en power point	Computadora y cañón. Presentación del tema.	25 minutos	
	Descanso		5 minutos	
	Continuación de la exposición en power point	Computadora y cañón. Presentación del tema.	25 minutos	
	Descanso		5 minutos	
	Reflexión. Cada integrante revisará si su trabajo en el CAVI coincide con lo que señala la teoría.	Papel y bolígrafo	15 minutos	
	Harán una lista de coincidencias y una de antinomias, la segunda incluirá propuestas para cambiarlas en el futuro.		30 minutos	
	Tarea: Hacer equipos de 3 personas. A cada equipo se le entregará una lectura, la cual es la misma para todos los equipos, tendrá que tener lista para la siguiente sesión.	Lecturas: Fish, R., Wealand, J, Segal, L. (1994). La táctica del cambio. Barcelona, España: Herder. Wittezaele, J. & Garcia, T. (1998). La escuela de Palo Alto. Barcelona, España: Herder.	10 minutos	
	Cierre de la sesión		5 minutos	

<b>MÓDULO 3: MODELOS TERAPÉUTICOS</b>				
<b>TEMA</b>	<b>TÉCNICA DIDÁCTICA</b>	<b>MATERIAL</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>OBJETIVOS</b>
	Seminario y debates sobre las lecturas señaladas.		30 minutos	
	Cada equipo preparará una sesión de terapia breve. Representará su sesión ante el grupo. Dos deben ser los terapeutas y uno el paciente.		60 minutos	Revisar los fundamentos teóricos de la terapia breve de los enfoques sistémico y psicodinámico con los integrantes del CAVI.
3.1. TERAPIA BREVE (continuación)	Mesa de discusión y debate sobre el trabajo hecho por los equipos		30 minutos	Comparar la teoría con la práctica dentro del CAVI.
	Cierre de la sesión.		5 minutos	Proponer mejoras para la atención de usuarios con terapia breve.

**MÓDULO 3: MODELOS TERAPÉUTICOS**

<b>TEMA</b>	<b>TÉCNICA DIDÁCTICA</b>	<b>MATERIAL</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>OBJETIVOS</b>
3.1. TERAPIA BREVE (continuación)	Seminario y debate sobre la lectura	Bellak, L. (1993). <i>Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia</i> . México: El Manual Moderno.	40 minutos	Revisar los fundamentos teóricos de la terapia breve de los enfoques sistémico y psicodinámico con los integrantes del CAVI.
	Reflexión grupal sobre el proceso de aprendizaje, de las habilidades del estudiante como terapeuta.	.	40 minutos	Comparar la teoría con la práctica dentro del CAVI.
	Cada integrante escribirá sus conclusiones e iniciativas sobre la utilización de terapia breve y las expondrá ante el grupo.	Hojas y bolígrafo	30 minutos	Proponer mejoras para la atención de usuarios con terapia breve.
	Cierre de la sesión		10 minutos	

### MÓDULO 3: MODELOS TERAPÉUTICOS

TEMA	TÉCNICA DIDÁCTICA	MATERIAL	TIEMPO	OBJETIVOS
3.2. TERAPIA GRUPAL	Exposición teórica sobre el enfoque de terapia de grupo en power point	Computadora y cañón. Presentación del tema.	30 minutos	
	Descanso		5 minutos	
	Continuación de la exposición en power point	Computadora y cañón. Presentación del tema.	30 minutos	
	Descanso		5 minutos	
	Reflexión. Cada integrante revisará si su trabajo en el CAVI coincide con lo que señala la teoría.	.	15 minutos	Revisar los fundamentos teóricos de la terapia de grupo.
	Harán una lista de coincidencias y una de divergencias, la segunda incluirá propuestas para cambiarlas en el futuro.	Papel y bolígrafo	30 minutos	Comparar la teoría con la práctica dentro del CAVI.  Proponer mejoras para la atención de usuarios con terapia de grupo.
	Cierre de la sesión		5 minutos	

<b>MÓDULO 3: MODELOS TERAPÉUTICOS</b>				
<b>TEMA</b>	<b>TÉCNICA DIDÁCTICA</b>	<b>MATERIAL</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>OBJETIVOS</b>
<b>3.2. TERAPIA GRUPAL (continuación)</b>	Sesión de preguntas y mesa de discusión en donde se aclararan dudas del tema		50 minutos	
	Entrevistas en video. Identificar las características de la terapia de grupo y las habilidades del terapeuta.	DVD con entrevistas grabadas, pantalla, computadora y cañón.	50 minutos	Revisar los fundamentos teóricos de la terapia de grupo.  Identificar las características principales de la terapia de grupo y del terapeuta de este enfoque.
	Cada integrante escribirá sus conclusiones sobre la terapia grupal.		15 minutos	Proponer mejoras para la atención de usuarios con terapia grupal.
	Cierre de la sesión		5 minutos	

<b>MÓDULO 3: MODELOS TERAPÉUTICOS</b>				
<b>TEMA</b>	<b>TÉCNICA DIDÁCTICA</b>	<b>MATERIAL</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>OBJETIVOS</b>
	Exposición teórica sobre la terapia familiar en power point	Computadora y cañón. Presentación del tema.	30 minutos	
	Descanso		5 minutos	
	Continuación de la exposición en power point	Computadora y cañón. Presentación del tema.	30 minutos	Revisar los fundamentos teóricos de la terapia familiar.
3.3. TERAPIA FAMILIAR	Descanso		5 minutos	Reflexionar que tan práctica y viable es la terapia familiar para el CAVI.
	Seminario y Debates sobre la exposición para externar puntos de vista de que tan viable es trabajar con los enfoques estructural y narrativo en el CAVI.		45 minutos	Proponer mejoras para la atención de usuarios con terapia grupal.



**MÓDULO 3: MODELOS TERAPÉUTICOS**

TEMA	TÉCNICA DIDÁCTICA	MATERIAL	TIEMPO	OBJETIVOS
3.3. TERAPIA FAMILIAR (Continuación)	Modelamiento de las técnicas e intervenciones de la terapia familiar (Entrevistas con un enfoque estructural y entrevistas con enfoque narrativo)	DVD con entrevistas simuladas.	50 minutos	Identificar características de la terapia familiar estructural y de la narrativa.
			5 minutos (Descanso)	
			50 minutos	
	Cierre de sesión		5 minutos	

<b>MÓDULO 3: MODELOS TERAPÉUTICOS</b>				
<b>TEMA</b>	<b>TÉCNICA DIDÁCTICA</b>	<b>MATERIAL</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>OBJETIVOS</b>
3.3. TERAPIA FAMILIAR (Continuación)	En equipos de 5 personas organizaran entrevistas simuladas con los enfoques narrativo y estructural		15 minutos	Identificar características de la terapia familiar estructural y de la narrativa.
	Presentación de las entrevistas ante el grupo.		60 minutos	
	Seminario y debate sobre el ejercicio anterior.		40 minutos	
	Cierre de la sesión		5 minutos	

<b>MÓDULO 3: MODELOS TERAPÉUTICOS</b>				
<b>TEMA</b>	<b>TÉCNICA DIDÁCTICA</b>	<b>MATERIAL</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>OBJETIVOS</b>
3.3. INTERVENCIÓN EN CRISIS, PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS	Exposición teórica sobre la intervención en crisis en power point	Computadora y cañón. Presentación del tema.	30 minutos	
	Descanso		10 minutos (descanso)	
	Continuación de la exposición en power point	Computadora y cañón. Presentación del tema.	30 minutos	
	Descanso		10 minutos (descanso)	Revisar los fundamentos teóricos de la intervención en crisis, primeros auxilios psicológicos.
	Seminario y debates sobre la lectura.	Slaikeu, K. A. (1996). Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación. México: El Manual Moderno.	30 minutos	Comparar la teoría con la práctica dentro del CAVI.
	Tarea: Cada integrante traerá dos casos, uno que describa a una persona con crisis circunstancial y otro con crisis de desarrollo		5 minutos	Proponer mejoras para atender a los usuarios cuando requieren de Intervención de primera instancia
	Cierre de sesión		5 minutos	

### MÓDULO 3: MODELOS TERAPÉUTICOS

TEMA	TÉCNICA DIDÁCTICA	MATERIAL	TIEMPO	OBJETIVOS
3.3. INTERVENCIÓN EN CRISIS, PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS (Continuación)	Los integrantes realizarán un esquema que exponga todos los elementos de los primeros auxilios psicológicos o intervención de primera instancia	Papal bond y marcadores	20 minutos	<p>Reconocer la teoría de la intervención en crisis, primeros auxilios psicológicos.</p> <p>Comparar la teoría con la práctica dentro del CAVI.</p> <p>Proponer mejoras para atender a los usuarios cuando requieren de Intervención de primera instancia</p>
	Cada integrante describirá los cinco componentes de los primeros auxilios psicológicos	Hojas y bolígrafo	20 minutos	
	En equipos de 4 personas se revisaran los casos que cada uno trajo y escogerán uno de cada tipo de crisis para implementar los primeros auxilios psicológicos.	Hojas y bolígrafo	40 minutos	
	Descanso		10 minutos	
	Cada equipo preparará la intervención para cada uno de sus casos.		15 minutos	
			10 minutos	
	Tarea: ponerse de acuerdo para interpretar el papel del terapeuta y de las personas en crisis. Cierre de sesión		5 minutos	

**MÓDULO 3: MODELOS TERAPÉUTICOS**

<b>TEMA</b>	<b>TÉCNICA DIDÁCTICA</b>	<b>MATERIAL</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>OBJETIVOS</b>
3.3. INTERVENCIÓN EN CRISIS, PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS (Continuación)	Cada equipo expondrá sus casos y realizará la intervención.	Espacio en el centro del salón	50 minutos para todos los equipos	Crear una estrategia de aplicación de la intervención de primera instancia en el CAVI.
	Mesa de discusión sobre la intervención. Sugerencias	Pizarrón y plumón	30 minutos	
	El grupo completo creará una propuesta de intervención de primera instancia para el CAVI	Hojas, bolígrafo, pizarrón y plumones.	35 minutos	
	Cierre de la sesión		5 minutos	

**MÓDULO 3: MODELOS TERAPÉUTICOS**

TEMA	TÉCNICA DIDÁCTICA	MATERIAL	TIEMPO	OBJETIVOS
Cierre del taller: Ejercicio de contención.	Cada integrante expondrá su opinión, sus sensaciones y cualquier sentimiento sobre el taller.		35 minutos	Reflexionar sobre la participación de cada uno en el taller y sobre su desempeño laboral en el CAVI.
	Cada integrante expondrá su opinión, sus sensaciones y cualquier sentimiento sobre su trabajo en el CAVI.		35 minutos	
	Se hará una reflexión grupal sobre el desempeño de cada uno en el centro y de cómo este se ve influenciado por las condiciones laborales y por la actitud de cada psicólogo y perito.		35 minutos	
	Cierre de la sesión y despedida. Se sugiere que todos se den la mano.		15 minutos	