



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FISCALÍA ESPECIAL PARA LA ATENCIÓN DE
DELITOS RELACIONADOS CON ACTOS DE
VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN EL PAÍS**



PSICOLOGÍA Y GÉNERO EN LA PROCURACIÓN DE JUSTICIA

Nivel Intermedio

**MÓDULO III. MECANISMOS DE ATENCIÓN A LAS MUJERES AFECTADAS
DE VIOLENCIA**

Unidad Temática 1. Atención a mujeres víctimas de violencia

Autora: Dra. Julia Chávez

MANUAL DE LA PERSONA PARTICIPANTE

ÍNDICE

	Página
INTRODUCCIÓN.....	2
OBJETIVO.....	2
1. VIOLENCIA DE GÉNERO.....	3
2. FACTORES DIFERENCIALES EN LA ATENCIÓN A MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA.....	10
3. CASOS EXTREMOS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES.....	18
4. ESTRATEGIAS DE AUTOCUIDADO EN LA ATENCIÓN A LA VIOLENCIA SEXUAL.....	19
BIBLIOGRAFÍA.....	25

INTRODUCCIÓN

La violencia hacia las mujeres requiere de un análisis integral y del cuidado y atención especializada. Un personal profesional con amplios conocimientos y sensible al problema. La violencia hacia las mujeres es una violencia de género que se ubica dentro de la violencia estructural. Sin embargo, es fundamentalmente parte de una situación de género que requiere de una mirada diferente, una mirada que identifique las situaciones de poder y de inequidad hacia las mujeres. En forma simultánea se necesitan, además, conocimientos específicos sobre situaciones complicadas y complejas que llevan a las mujeres en crisis a diferentes magnitudes.

La violencia de género se encuentra marcada por las relaciones de poder, por el papel de predominio que la sociedad y la cultura han determinado con el patriarcado, por las representaciones sociales que definen a la mujer como objeto y como objeto sexual. Las situaciones particulares de cada mujer violentada, se convierten en un problema de género, no sólo de una mujer, sino de todas las mujeres.

Estudiar este problema de violencia y buscar modelos de intervención que permitan interrelacionar los aspectos macroestructurales con las condiciones de género e individuales, es una tarea que requiere prioridad para lograr proporcionar apoyo a dichas mujeres desde una perspectiva interdisciplinaria y especializada.

OBJETIVO

Este módulo pretende lograr el análisis, la comprensión y la sensibilización ante la situación de crisis que presentan las mujeres violentadas, así como identificar herramientas para apoyarlas y establecer una relación profesional que permita concretar y definir, de una manera objetiva, la problemática de la víctima a través del proceso de intervención en crisis.

Palabras clave: Género, Violencia, Violencia Estructural, Violencia familiar, Mundo de la vida.

1. VIOLENCIA DE GÉNERO

Violencia estructural

La violencia no es un fenómeno individual sino la manifestación de un fenómeno de interacción, es decir, debe explicarse como un proceso patológico y social.

Todos los que participan en una interacción están implicados, por lo tanto, son partícipes (no desde el punto de vista legal) de interacción, lo que los hace responsables de la aparición de la violencia entre dos o más personas.

Todo individuo adulto es responsable de su propia seguridad. Si no se asume esta responsabilidad estimula los aspectos incontrolables y violentos de la otra persona, con la que organiza y alimenta una interacción de carácter violento.

El hecho de ser víctima (o de ponerse en tal situación), no cambia en nada la responsabilidad de cada uno.

Cualquier individuo puede llegar a ser violento en diferentes modalidades y manifestaciones.

La violencia y la no violencia más que ser estados opuestos y excluyentes corresponden a una situación de equilibrio en un mismo individuo.

La violencia considera emisores (los que manifiestan la violencia con hechos) y receptores (los que la reciben) siendo todos participantes en el momento de la acción violenta. En esta interacción violenta se identifican dos niveles: a) la violencia – agresión, que se encuentra vinculada entre las personas por una relación de tipo simétrico, es decir, igualitaria; y b) la violencia – castigo, que tiene lugar entre personas con una relación de tipo complementario.

La violencia se manifiesta en tres niveles, dentro del modelo de mundo de la vida, el macrosocial, exosistema y microsociales que determinan las normas, valores y comportamientos de todos los sujetos, y se marcan las pautas de actuación frente a los problemas sociales.

Una parte de lo macrosocial comprende las formas de organización social, los sistemas de creencias y los estilos de vida que prevalecen en una cultura. Son patrones generalizados que impregnan las formas de actuar de una sociedad e inciden directamente en la construcción social del género, en la determinación de características femeninas o masculinas, en la interrelación de hombres y mujeres, y con ello en las circunstancias que naturalizan la violencia en la sociedad.

El exosistema, está compuesto por la comunidad más próxima, incluye las instituciones mediadoras entre el nivel de la cultura y el nivel individual, (la escuela, la iglesia, los medios de comunicación, los ámbitos laborales, las instituciones recreativas, organismos judiciales, legislativos, etc.). En este nivel las instituciones cumplen un papel importante en el reforzamiento de las construcciones de género, que implica la reproducción de

comportamientos violentos en general de los hombres hacia las mujeres.

Aunque en el plano formal las instituciones castigan el ejercicio de la violencia, sigue teniendo mayor peso la organización social y el sistema de creencias acerca del deber ser de hombres y mujeres, donde la violencia está de por medio y tiene expresiones institucionalizadas.

Lo microsocioal comprende las relaciones que constituyen la red más próxima a cada sujeto; es el reflejo de lo que tradicionalmente se enseña en las familias, los roles masculinos y femeninos, con la finalidad de contribuir al mantenimiento del sistema familiar y de facilitar así una base para la socialización de los integrantes.

Esto se va reflejando en las conductas, actitudes, valores, moral de cada individuo

De esta manera, la expresión de la violencia se enmarca también en un problema privado que al mismo tiempo es reflejo de las relaciones que se entretienen en el sistema social en general.

En el microsistema también se contemplan cuatro dimensiones explicadas más desde la Psicología, que determinan el comportamiento final de los sujetos, éstas son: a) la dimensión cognitiva, que comprende las estructuras y esquemas cognitivos, las formas de percibir y conceptualizar el mundo que configuran el estilo cognitivo de la persona; b) la dimensión conductual, que abarca el repertorio de comportamientos con el que una persona se relaciona en el mundo; c) la dimensión psicodinámica, que abarca el conjunto de emociones, ansiedades y conflictos conscientes, hasta manifestaciones inconscientes de los sujetos y; d) la dimensión interaccional que alude a las pautas de comunicación y de relación interpersonal. Estas dimensiones se ponen en juego cuando se expresa la violencia.

Definición de violencia de género

Se entiende por violencia de género todo acto de agresión física, psicológica, económica, basada en la superioridad de un sexo sobre otro. En la relación de poder dominación que existe en los patrones de conducta social y cultural y que determina lo masculino como dominio- mando y lo femenino como aceptación de mando.

Este tipo de violencia se encuentra en las relaciones sociales, en los estereotipos de la sociedad, en las representaciones sociales. Una de las violencias más definidas, y al mismo tiempo más enmascarada, es la violencia doméstica o familiar, es toda agresión física, psicológica, económica y moral que se ejerce en contra de cualquier persona de la familia, mujeres, niños, ancianos.

VIOLENCIA ENCUBIERTA Y SUS MANIFESTACIONES

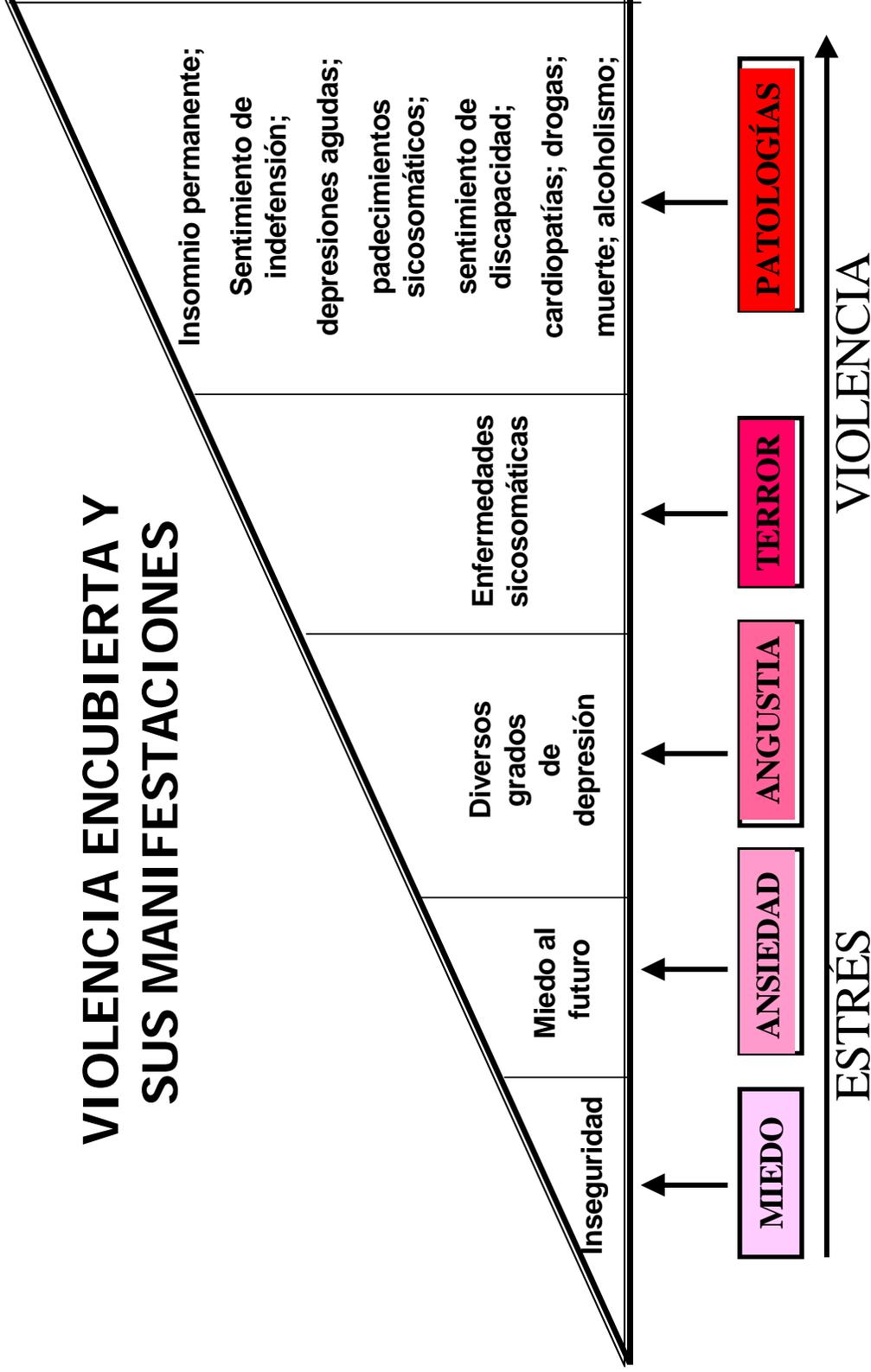
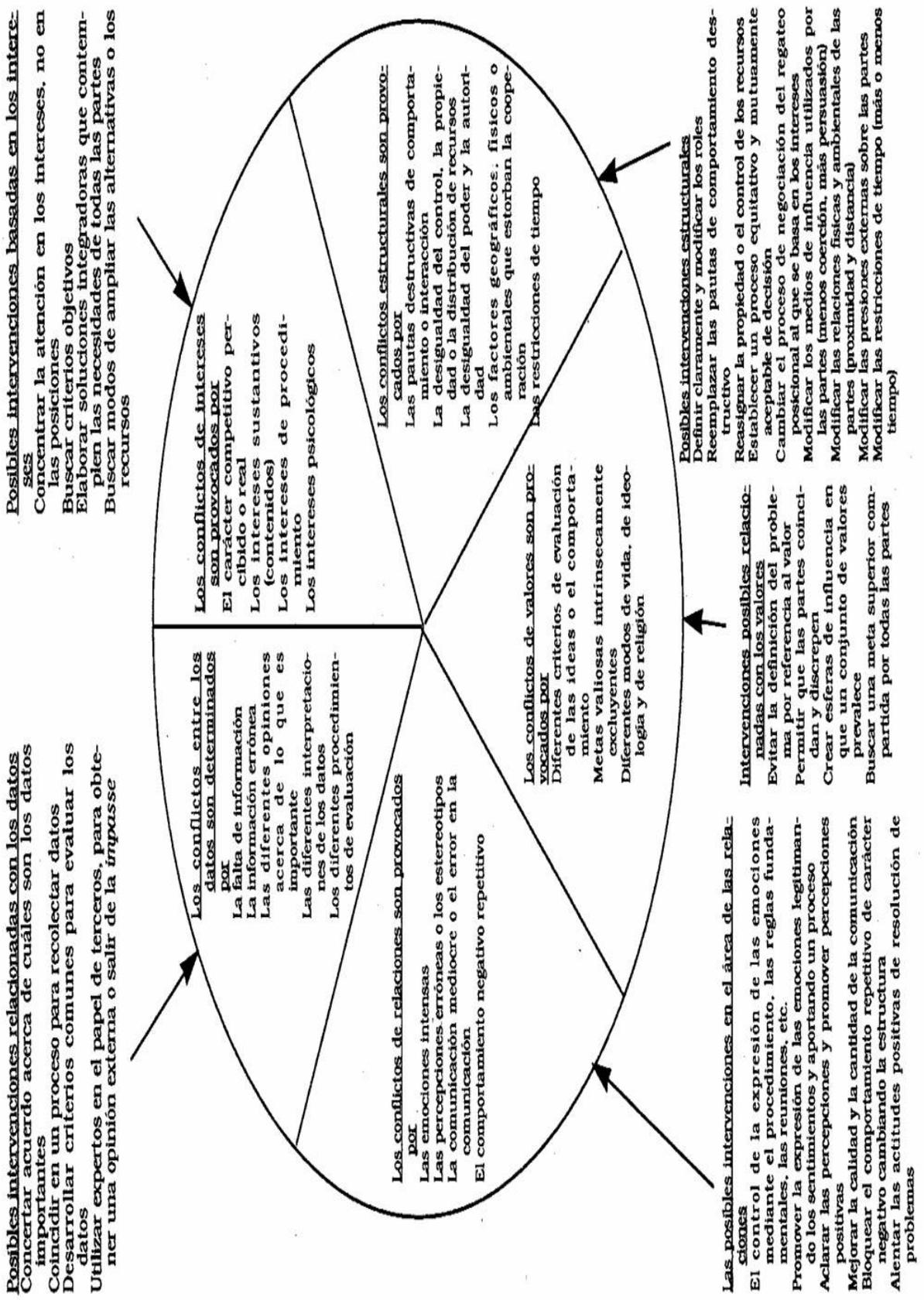


Figura 2. Esfera del conflicto. Causas e intervenciones



La condición social de vulnerabilidad de las mujeres en cifras

- A. Las mujeres representan dos terceras partes, de más de mil millones de adultos analfabetos¹.
- B. Las jóvenes han recibido en promedio 4.4 años menos de educación que los jóvenes².
- C. El sueldo de las mujeres es menor que el de los hombres en trabajos similares en todos los países (en promedio es de 30 a 40 por ciento menor³
- D. El sector agrícola es la actividad donde se emplea un mayor número de mujeres⁴.
- E. En 1993, solamente seis mujeres eran mandatarios en todo el mundo⁵.
- F. En el mundo, una de cada nueve mujeres es elegida para un cargo político⁶.
- G. En más de 100 países no hay representatividad parlamentaria de mujeres⁷.
- H. 1 de cada tres hogares del Distrito Federal son jefaturados por mujeres⁸.
- I. Según la Relatora de la ONU para dar seguimiento a los asesinatos de Ciudad Juárez cerca de 400 mujeres han sido asesinadas en los últimos 10 años⁹

Violencia familiar

- A. De tres a cuatro millones de mujeres son golpeadas anualmente en el mundo.¹⁰
- B. Entre 25 y 50 por ciento de las mujeres en el mundo, ha experimentado en mayor o menor grado, la violencia doméstica durante el matrimonio.¹¹
- C. Uno de cada cinco días de ausencia en el trabajo, es producto de los golpes o vejaciones que sufren las mujeres¹².
- D. De cada 10 casos de violencia, en 7 de ellos los y las menores son víctimas directas o presenciales.¹³
- E. 1 de cada 5 mujeres sufren de violencia de pareja actual.¹⁴
- F. 1 de cada 3 ha sufrido violencia de pareja alguna vez en la vida.¹⁵
- G. 2 de cada 3 mujeres han sufrido de violencia alguna vez en la vida.¹⁶
- H. Entre el 25 y el 50% de las mujeres de América Latina y el Caribe, dependiendo del país al que pertenezcan, son víctimas de alguna forma violencia doméstica.¹⁷
- I. En algún momento de sus vidas más de la mitad de todas las mujeres latinoamericanas han sido objeto de agresiones en sus hogares. Un 33 por ciento fue víctima de abusos

¹ Centro de Información de las Naciones Unidas para México, Cuba y República Dominicana. 2005

² *Ibíd.*

³ *Ibíd.*

⁴ *Ibíd.*

⁵ *Ibíd.*

⁶ *Ibíd.*

⁷ *Ibíd.*

⁸ Instituto de las Mujeres del Distrito Federal. 2003

⁹ CIMAC Noticias, 2005.

¹⁰ Centro de Información... op. cit. 2005.

¹¹ *Ibíd.*

¹² Banco Interamericano de Desarrollo. BID 2003

¹³ Programa de Prevención y Atención a la Violencia Familiar. México. 2005

¹⁴ Género y salud reproductiva. México. 2005.

¹⁵ *Ibíd.*

¹⁶ *Ibíd.*

¹⁷ BID. 2003

- sexuales entre las edades de 16 y 49 años, mientras el 45 por ciento recibió amenazas, insultos y la destrucción de objetos personales.¹⁸
- J. Los intentos de suicidio son 12 veces más frecuentes entre mujeres que han sufrido violencia que las que no la han tenido.¹⁹
 - K. 1 de cada 3 familias en México vive Violencia Familiar y 50% de las Mujeres han vivido Violencia en algún momento de su vida.²⁰
 - L. En la Ciudad de México siete de cada 10 mujeres fueron agredidas por su esposo, o ex esposo.²¹
 - M. Del total de las víctimas de violencia doméstica en el Distrito Federal según CAVI entre el 88% y el 90% son mujeres, de éstas sólo el 21.3% lo denuncia y sólo la mitad levanta un acta. Esto en el 2004.
 - N. 1 de cada 5 mujeres sufre violencia de su pareja actual (21.5%)²²
 - O. 1 de cada 3 mujeres han sufrido violencia de pareja alguna vez en la vida (34.5%)²³
 - P. 2 de cada 3 mujeres han sufrido violencia alguna vez en la vida (60.4%)²⁴
 - Q. Los agresores más comunes son 74% la pareja, 30% los padres 4.1% el novio y 3.6% una persona ajena.²⁵

Salud

- A. Una mujer africana embarazada, es 180 veces más susceptible de morir que una mujer de Europa occidental en las mismas condiciones.²⁶
- B. Hay 1, 200 nacimientos diarios de niños de madres adolescentes.²⁷
- C. Según un informe realizado en 1997 por el Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas con sede en Nueva York, el promedio de muertes maternas en la región es de 194 mujeres por 100 mil nacimientos. La cuarta tasa más alta del mundo. La causa principal es el aborto clandestino realizado en pésimas condiciones sanitarias. La práctica del aborto clandestino llega a los 4 millones al año, de los cuales 800 mil requieren hospitalización por complicaciones. En el Caribe, el aborto representa el 30% de las muertes maternas.
- D. 500 mil mujeres mueren por complicaciones en el embarazo y 100 mil por abortos inseguros.²⁸
- E. El aborto representa el 30% de las muertes maternas. 602 abortos que se practican diariamente.²⁹
- F. Las mujeres constituyen el 40 por ciento de adultos infectados por SIDA en el mundo.³⁰
- G. 4 Mujeres que mueren por embarazo, parto o aborto en un día.³¹

¹⁸ Centro de Información... op. cit. 2005.

¹⁹ *Ibíd.*

²⁰ Comisión Nacional de Derechos Humanos. 2003

²¹ Organización de Naciones Unidas. 2003

²² Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Encuesta Nacional de Violencia hacia la Mujer. 2003

²³ *Ibíd.*

²⁴ *Ibíd.*

²⁵ *Ibíd.*

²⁶ Centro de Información... op. cit. 2005.

²⁷ Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas con sede en Nueva York, 1997.

²⁸ Centro de Información... op. cit. 2005.

²⁹ Secretaría de Salud. Texto enviado por Vicente Díaz Sánchez, director de Normatividad y Asistencia Técnica en Planificación Familiar. México. 2004.

³⁰ Centro de Información... op. cit. 2005.

- H. 13 Mujeres fallecen por cáncer cérvico-uterino cada día.³²
- I. 10 Mujeres que mueren diariamente por cáncer mamario.³³
- J. El 40% de la población diagnosticada como seropositiva es femenina, la mayoría fueron contagiadas por su pareja.³⁴
- K. Las tres principales causas de pérdida de años de vida saludable (AVISA) en mujeres en la Ciudad de México:³⁵
 - a. Diabetes
 - b. problemas del parto
 - c. violencia doméstica

Violencia sexual

- A. Una de cada seis mujeres son víctimas de violación en países industrializados.³⁶
- B. El Centro de Mujeres Violadas de Ciudad de México, constató que en 1990 alrededor del 15% de las mujeres que solicitaron ayuda quedaron embarazadas como consecuencia de violación.
- C. Anualmente un millón de niñas y niños son forzados a la prostitución. La mayoría son niñas y Asia tiene el índice más alto de prostitución infantil. Sólo una de cada 35 violaciones es denunciada.³⁷

2. FACTORES DIFERENCIALES EN LA ATENCIÓN A MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA

Intervención en crisis

Conceptos de Crisis

- A. Etimológicamente crisis significa decidir. Se entiende por crisis una situación de estrés.
- B. Crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares por medio de situaciones acostumbradas para la solución de problemas.
- C. Crisis, trastorno, desequilibrio.
- D. Incapacidad para manejar una situación.
- E. Crisis significa decidir, discernimiento, punto decisivo en el que habrá un cambio para mejorar o empeorar.

Palabras clave: Crisis, Atención, intervención, estrategias, elementos para intervención.

³¹ Secretaría de Salud. op. cit. 2004.

³² *Ibíd.*

³³ *Ibíd.*

³⁴ Instituto de las Mujeres del Distrito Federal. 2003.

³⁵ www.salud.gob.mx

³⁶ Centro de Información... op. cit. 2005.

³⁷ *Ibíd.*

Teorías sobre las crisis

Una crisis es identificable. Existen sucesos que pueden precipitar una crisis. La muerte, la violación. Impacto de un suceso depende del tiempo, intensidad, secuencia, grado de interferencia, con otros sucesos.

- A. Taplin, 1971. Lo cognoscitivo en la crisis. La crisis se percibe en los individuos “como un suceso que ataca en la estructura de la existencia de la persona y hace que la situación sea crítica”.
- B. Rapoport, 1965. Un contratiempo puede percibirse como una amenaza a las necesidades instintivas, o al sentimiento de integridad física y emocional. Una pérdida. Un reto que abrumba
- C. Millar, 1963. Menciona los sentimientos de tensión, e impotencia de una persona en crisis.
- D. Crow, 1977. Relaciona los colores con las crisis. Amarillo, ansiedad; rojo, cólera; negro, depresión.
- E. Halpern, 1973. Indica que las personas que experimentan crisis presentan con mayor frecuencia:
 - a. Cansancio y agotamiento
 - b. Desamparo
 - c. Confusión
 - d. Ansiedad
 - e. Desorganización en relaciones laborales
 - f. Desorganización en relaciones familiares
 - g. Desorganización en relaciones sociales
- F. Taplin 1971. Las crisis refieren vulnerabilidad y sugestibilidad del individuo
- G. Halpern, 1973. Refiere la reducción de las defensas.

Fases y estados de la crisis

- A. Elevación inicial de tensión por la situación externa.
- B. Incremento de la tensión, sentimientos de trastorno.
- C. Las crisis pueden desviarse: reducción de la amenaza externa, nuevas estrategias de enfrentamiento, redefinición del problema, etc.
- D. Si no ocurre alguno de estos aspectos, la tensión aumenta, hasta un punto en que se presenta una desorganización emocional grave.
- E. Una parte de la desorganización del estado de crisis es la vulnerabilidad y la sugestibilidad del individuo.

La intervención en crisis

La etiología del tratamiento de las crisis se encuentra en el modelo de Caplan, 1964, en el cual señala que: El modelo proporciona una visión amplia de los factores continuos que modelan el desarrollo del estilo de vida de una persona y una perspectiva circunscrita de las crisis recurrentes, asociadas con cambios repentinos en sus estructuras de conducta.

De este enfoque se definen dos aspectos para la prevención:

- A. La provisión de aportes
- B. La intervención en crisis

Provisión de aportes: La idea de mantener la salud mental a través de una serie de aportes necesarios para cada etapa de su vida y evitar las crisis. Estos aportes son: físicos, alimentación, vivienda, estimulación sensorial, etc. Los aportes psicosociales que aseguran la satisfacción de las necesidades interpersonales, los aportes socioculturales que son proporcionados por las costumbres, la cultura, la estructura social.

La intervención en crisis pretende influir en los momentos que exigen cambios bruscos en el modo de organizar el comportamiento, actitudes, conductas etc. Hay crisis evolutivas y crisis accidentales. La crisis es un periodo transitorio que puede representar una oportunidad para el desarrollo personal, pero también un grave peligro al aumentar la vulnerabilidad del individuo para los trastornos mentales.

Es importante la forma en la cual se maneje la crisis de acuerdo a la situación y el momento. Existe una relación entre el estrés y la crisis, el estrés es un factor etiológico y la crisis es una situación de desenlace. La crisis amenaza la salud mental del paciente, pero también marca la oportunidad de que los cambios requeridos con ella permitan un mejor manejo y funcionamiento.

Situación de crisis

- A. Para la situación de crisis se debe tomar en cuenta:
- B. El desenlace de la crisis
- C. La necesidad de ayuda en la crisis

Tomar en cuenta que en la crisis el sujeto es más susceptible a la influencia de los otros.

Estos elementos permiten que en una situación de crisis los apoyos externos tengan la posibilidad de consolidar los esfuerzos con un máximo provecho, para lo cual hay dos tareas para asegurar los aportes básicos y para ayudar a enfrentar la crisis: La acción social, la acción interpersonal.

La acción social son los esfuerzos para modificar los sistemas sociales y políticos, las leyes, los reglamentos, la salud, la educación, el bienestar, con el fin de mejorar la comunidad, los aportes físicos, psicosociales, la organización de servicios para ayudar a enfrentar las crisis.

La acción interpersonal se refiere a situaciones que implican una acción recíproca cara a cara entre el especialista en salud mental y el individuo o grupos.

Modelo de atención primaria

	Acción Social	Acción Interpersonal
Provisión de Aportes •Físicos •Psicosociales •Socioculturales	Legislación sobre yodado de aguas, salud laboral, protección de la familia o de la infancia, reglamento de hospitalización de niños y madres, asilos u otras instituciones, servicios sociales para ancianos u otros grupos de riesgo.	Garantizar la provisión en lugares donde se ven amenazados (paritorio, maternidad, cárcel, etc.)
Provisión de Aportes •Físicos •Psicosociales •Socioculturales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atenuación de circunstancias peligrosas. 2. Provisión de servicios para favorecer la superación sana de la crisis. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. A través de agentes de salud 2. Directamente a través de profesionales de salud mental.

Modelo de prevención Primaria, Caplan (1964)

Cuadro 6-1. Cinco componentes de la primera ayuda psicológica

Componente	Ayudante de la conducta	Objetivo
1. Hacer contacto psicológico	Invitar al paciente a platicar; Estar atento a hechos y sentimientos; Resumir/reflejar hechos y sentimientos; Declaración de empatía; Comunicar interés; Tocar/tomar físicamente; Proporcionar "control de calma" a una situación intensa	Hacer sentir al paciente escuchado, comprendido, aceptado y apoyado Intensidad de la angustia emocional reducida Capacidades para la solución de problemas reactivados
2. Examinar las dimensiones del problema	Preguntará por: Pasado inmediato; Suceso precipitante; Funcionamiento CASIC de la precrisis (fuerzas y debilidades); Presente: Funcionamiento CASIC del presente (fuerzas y debilidades); Recursos personales (internos); Recursos sociales (externos); Mortalidad Futuro inmediato: Decisiones inminentes -esta noche, fin de semana, próximos días/semanas	Orden de rango: a. Necesidades inmediatas; y b. Necesidades posteriores
3. Examinar las soluciones posibles	Preguntar al paciente lo que ha intentado hasta ahora; Explorar lo que puede/pudo hacer ahora; Proponer otras alternativas: nueva conducta del paciente; redefinición del problema; ayuda externa (3a. reunión); cambio ambiental	Identificar una o más soluciones a necesidades inmediatas y posteriores
4. Ayudar a tomar una acción concreta	Ver más abajo	Implementar soluciones inmediatas intentadas al encontrar necesidades inmediatas
Acción concreta: Ayudante de la conducta		
Si: (a) La mortalidad es baja, y (b) la persona es capaz de actuar en su propio beneficio, entonces Actitud facilitadora "Hablares"; "Actúe"; y El convenio para la acción es entre el ayudante y paciente Rangos desde el escuchar activo hasta dar consejo	Si: (a) la mortalidad es alta o (b) la persona no es capaz de actuar en su propio beneficio, entonces Actitud directiva "Hablares"; "Puedo actuar en su beneficio"; y El convenio para la acción puede incluir a la familia y otros recursos comunitarios Rangos desde la movilización de recursos de modo activo hasta controlar la situación	
5. Seguimiento	Identificar información segura; Explorar posibles procedimientos de seguimiento; Establecer el contrato por el recontacto	Asegure la retroalimentación de los tres subobjetivos de la primera ayuda psicológica: Apoyo recibido; Mortalidad reducida; Enlace con recursos consumados Establec. de la fase siguiente en movimiento: Soluciones posteriores; Si (a) las necesidades inmediatas se encontraron por soluciones inmediatas y acción concreta tomada, y si (b) el enlace para necesidades posteriores se realiza, entonces <i>deténgase</i> . Si no, regrese a la Etapa 2 (Dimensiones del problema) y <i>continúe</i>

Estrategias de intervención

La intervención se entiende como la ayuda para llevar a cabo con éxito un proceso que el sujeto ha iniciado como consecuencia de la crisis. El objetivo de la intervención es facilitar el proceso de la crisis por medio de ayudar a la persona a que recobre el nivel de funcionamiento que tenía antes del suceso que provocó la crisis. Es importante tomar en cuenta cuáles son los impedimentos para que el sujeto lleve a buen término la resolución de la crisis.

Algunos autores señalan este proceso como la restauración de equilibrio, la re-obtención de la capacidad del sujeto para enfrentar situaciones, la resolución de la crisis.

En la intervención es importante tomar en cuenta:

- A. La resolución de prejuicios que se oponen a nuevas consideraciones del problema.
- B. Facilitar la adquisición de nuevas habilidades.
- C. Compensar el peso de experiencias pasadas a través de experiencias nuevas.

Intervención en crisis: Primera ayuda psicológica y terapia de crisis

	Intervención de primer orden: Primera Ayuda Psicológica	Intervención de segundo orden: Terapia en Crisis.
¿Cuánto tiempo?	Minutos a horas	Semanas a meses
¿Por quiénes?	Asistentes en la línea del frente (padres, policía, clero, abogados, médicos, enfermeras trabajadores sociales, maestros, supervisores, etc.	Psicoterapeutas y asesores (psicólogas, psiquiatras, trabajadores sociales, asesores pastorales y escolares, enfermeras, psiquiatras, etc.)
¿Dónde?	Ambientes comunitarios: casa escuela, trabajo, líneas de urgencia.	Terapia/ambientes de asesoría: clínicas, centros de salud mental, acceso a instituciones, iglesias. etc.
¿Objetivos?	Reestablecimiento inmediato del enfrentamiento: dar apoyo; reducir la mortalidad, vincular los recursos de ayuda.	Resolución en la crisis; enfrentar el suceso de crisis; integrar el suceso a la estructura de la vida, establecer la sinceridad / disposición para enfrentar el futuro.
¿Procedimientos?	Cinco componentes de la primera ayuda psicológica.	Terapia multimodal en la crisis

Slaikeu Kart. *Intervención en crisis*.
Manual Moderno. México. 1988. p. 72

Intervención en crisis con mujeres violentadas

La intervención en crisis es un grupo de técnicas dirigidas a ayudar a la persona en crisis a recobrar el control sobre la situación de crisis.

Una *crisis* ocurre cuando una persona se enfrenta con una situación peligrosa o estresante donde sus mecanismos habituales de resolución de problemas no tienen éxito. Como resultado se puede presentar: ansiedad, miedo, culpa, vergüenza, sentimientos de impotencia o desesperanza, un sentido de desorganización o de enojo. En los días, semanas y meses después de un situación de crisis, pueden aparecer crisis adicionales para las víctimas y para los especialistas que tratan a sujetos involucrados en situación de crisis. Un incidente inesperado o simplemente la acumulación de estrés con el tiempo pueden constituir una *crisis*.

Un poco de apoyo y de ayuda enfocada en los momentos difíciles y dirigidos a ayudar a que la víctima obtenga control sobre la situación de crisis, puede prevenir situaciones de conflicto en el futuro. La intervención en crisis puede estar dirigida a un individuo o a pequeños grupos, incluyendo una unidad familiar.

El proceso de intervención en crisis involucra:

- A. Identificar y clarificar los elementos de la crisis (el problema, tema o situación).
- B. Desarrollar estrategias para la solución de problemas;
- C. Movilizar a la persona a actuar sobre estas estrategias.

Identificar los elementos de la crisis puede ayudar a la persona a recobrar su sentido de vida. Ventilar los sentimientos y las emociones lo hacen consciente, puede ser útil, pero el flujo de afecto deberá ser monitoreado para que la persona no se asuste de perder control y para que su pensamiento no se desorganice más. La tarea del profesional es ayudar al sujeto a descubrir soluciones, acceder a redes de apoyo, recursos y servicios concretos. Esto puede ser un proceso informal, logrado en pocos minutos, o puede ser más formal y requerir de varias reuniones.

Algunos lineamientos pueden ser:

- A. Trate de iniciar una charla con preguntas simples: ¿Qué pasó? ¿Qué le preocupa? ¿Me puede contar sobre ello? Muestre interés y preocupación activa.
- B. Dé seguimiento con preguntas específicas. Reúna información específica más allá de la que se ofrece espontáneamente. ¿Qué está pasando? ¿Qué produce un estado de crisis creciente en el momento?
- C. Respete la necesidad inicial de la mujer violentada, de minimizar o negar lo que pasó. Puede ser una respuesta de autoprotección, a menos que la persona no esté en la realidad o está expresando ideas destructivas o perjudiciales a su bienestar inmediato. Provea empatía, calor, apoyo y re-aseguramiento. Pueden ser de ayuda gestos como una palmadita en la espalda o un ofrecimiento de una taza de café. Reconozca el dolor, el miedo, el sufrimiento y la preocupación. “Debió haber sido aterrador”. Ayude a la mujer violentada despacio y con gentileza a entender la situación.

D. Busque gradualmente evocar pensamientos y sentimientos y reacciones: ¿Cómo se sintió?, ¿Cómo se siente ahora? Identifique sentimientos pero no indague profundamente ni busque intensificarlos. Pregunte: ¿Hay pensamientos que no puede sacar de la cabeza? La expresión de sentimientos o de pensamientos sobre la situación que produce la crisis puede ayudar. Desaliente las ideas repetitivas.

Trate de encontrar lo que angustia a la víctima. No asuma que sabe la respuesta. Enfóquese a los problemas, necesidades y prioridades inmediatas. Busque formular las dimensiones del problema y su significado para la víctima. Evalúe las habilidades de enfrentamiento de la víctima y sus fuentes de apoyo. Pregunte: ¿Qué hizo durante y después de la situación de violencia? ¿En su entendimiento indique eventos exactos y reales? Pregunte si puede realizar alguna tarea sola o con alguna persona de familia. ¿Cómo se han enfrentado con el estrés o con la situación de violencia? ¿Cómo enfrentan el enojo, dolor, pérdida, falla? ¿Qué ayuda? ¿Qué no ayuda? ¿Cómo están enfrentando la situación ahora? ¿Qué apoyos están disponibles para ella? ¿Qué recursos tiene disponibles?

Responda a necesidades inmediatas basadas en la realidad. Ayude a la víctima a generar alternativas, planes, acciones, soluciones, prioridades. Aliente el manejo activo de necesidades de parte del cliente. Desaliente la pasividad, dependencia y regresión.

Asegúrese de que la víctima maneje expectativa, hacerle ver que puede tomar decisiones, controlar su propio destino, proveer sus propias necesidades, y contar con asistencia.

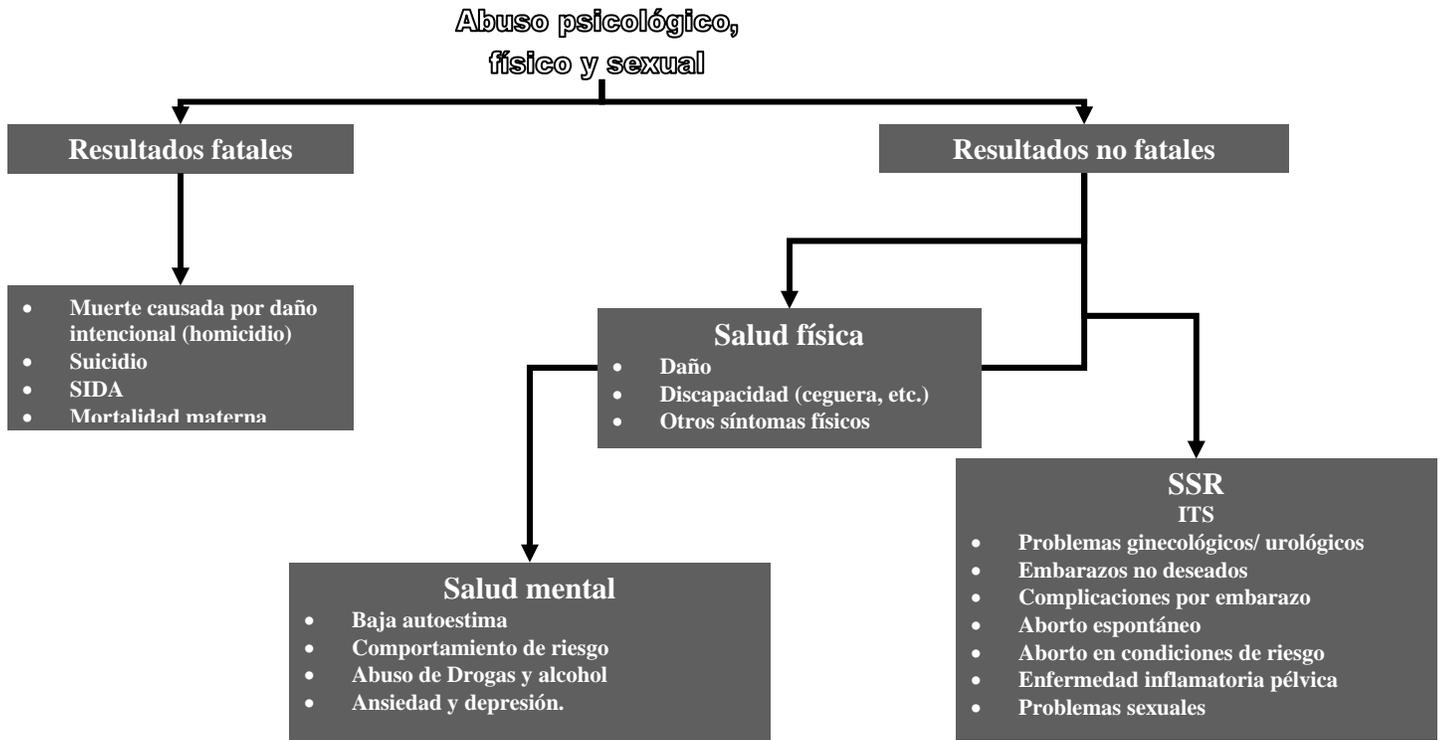
Asegúrese de obtener información sobre la identidad de las personas, cómo localizarlas, para permitir un seguimiento posterior. En algunos casos, puede ser apropiado dar el seguimiento después de un período corto (por ejemplo, veinte minutos). En otros casos, cuando una situación requiera de más tiempo, dé seguimiento unos días después.

¿Qué es la intervención en crisis?

Es un proceso que implica un grupo de técnicas para ayudar a individuos a recobrar control sobre una situación de crisis.

¿Cuándo se usa? : En momentos después de crisis, cuando los individuos presentan crisis

3. CASOS EXTREMOS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES



Ejemplos de afirmaciones públicas que condonan la violencia:

“La niña era sexualmente agresiva”.

Declaración de un juez canadiense al suspender la punición de un hombre que asaltó sexualmente a una chica de 3 años en 1991

“Un hombre que golpea a su esposa, debe tener una buena razón para ello; seguramente ella hizo algo para provocarlo”.

Juez del Tribunal Supremo de Nicaragua, durante un foro público en 1996

“Mediante preguntas acerca de su vida sexual, es posible decir si la mujer es responsable del ataque, porque en la mayoría de los casos, la mujer es quien provoca la agresión”.

Agente de la Oficina de la Fiscalía General de la Ciudad de México

“¿Es usted virgen?, ¿Si usted no es virgen, por qué se queja?, esto es normal”.

Respuesta de un ayudante de Fiscal en Perú a una mujer que informó ser abusada sexualmente por oficiales de la policía mientras estaba custodiada

4. ESTRATEGIAS DE AUTOCUIDADO EN LA ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA SOCIAL.

En qué consiste el problema del profesional que atiende la violencia

Las personas que trabajan directa o indirectamente con víctimas o personas que cometen actos de violencia intrafamiliar y sexual, se encuentran en contacto con el dolor al escuchar y leer relatos de incesto, violaciones, amenazas, humillaciones, y corroborar a través de exámenes biomédicos e intervenciones psicosociales los efectos de las acciones de violencia en las personas afectadas. Esas vivencias dejan rastros.

La violencia es contaminante, vulnerabiliza, afecta emocional y físicamente. Si bien no todas las personas pueden sentir estos efectos, está comprobado que muchas se alejan de este tipo de trabajo, poniendo barreras para protegerse del sufrimiento, la angustia y frustración. Se sienten cargados ante actos que parecieran ser la negación de la vida misma, la solidaridad y la confianza en los seres humanos, incluso de los más, ya que una de las particularidades de la violencia en la familia es el vínculo de afecto o consaguinidad entre víctima y persona agresora.

Especialistas del campo de la violencia intrafamiliar han estudiado y profundizado sobre las situaciones antes descritas, caracterizando varias alternativas de respuesta a esos efectos, entre ellos por ejemplo: Traumatización Vicaria, Estrés Post-Traumático Secundario o Estado de Extenuación Emocional.

El escuchar un relato de terror y traición, puede hacer revivir el miedo experimentado en nuestras propias historias personales o cuestionar nuestro sistema de creencias de vivir en un mundo seguro y confiable.

En cualquier caso, cuando escuchamos una y otra vez la existencia de actos perversos cometidos en relaciones de cuidado y amor y donde las circunstancias tienen mayores similitudes que diferencias, comenzamos a sentir miedo, inseguridad e impotencia.

Hay quienes reaccionan autoprotegiéndose a través de:

- A. La ira hacia quienes ocasionan tales injurias
- B. La generalización de las situaciones que se atienden
- C. La actuación ante cualquier amenaza a su propia integridad, sus creencias o emociones
- D. La defensa de sus propios miedos
- E. La culpabilización de las víctimas por la violencia que han recibido
- F. La insensibilización al dolor de quienes sufren
- G. La escucha disociada de las historias, sin poner atención a lo que se recibe

Sin embargo, estas acciones son insuficientes cuando estamos expuestos a la continua repetición de historias de incesto, violación, humillaciones o amenazas de muerte. A veces, aparecen síntomas físicos, tales como cansancio crónico, dolores continuos de espalda o cabeza, problemas gástricos o alteraciones del sueño.

Identificación del síndrome *burn out*

El *burn out* ha sido conceptualizado como un estrés organizacional crónico y cotidiano que aparece con frecuencia en trabajadores de servicios asistenciales: médicos, enfermeras, profesores, terapeutas, psicólogos, policías, etc. Es un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal que puede ocurrir en el contexto laboral.

El síndrome de *burn out* o síndrome del *quemado* es la expresión patológica del individuo que se quema por el trabajo o que sufre un desgaste psicológico importante por el desempeño del mismo. Así pues, lo podemos considerar como un grado extremo de estrés laboral o, mejor dicho, como un fallo en los mecanismos adaptativos a este estrés.

La ironía del *burn out* es que le sucede a la misma persona que previamente era un profesional con mucho entusiasmo, ideas y despliegue de energía. Es el caso de quien abraza expectativas muy altas respecto a la consecución de ciertos objetivos. Transcurre el tiempo sin los resultados esperados y en vez de que el sujeto revise sus objetivos y revalore la realidad, se frustra al insistir en logros que escapan a las posibilidades reales.

La sensación de estrés es subjetiva y parece depender de la capacidad de afrontamiento que tenga cada persona pero, en todo caso, parece claro que el estrés es un factor predisponente del *burn out*, pero no la causa. Se podría hablar de *burn out* como la respuesta al estrés laboral crónico que se caracteriza por sufrir agotamiento emocional, que se producirá en unas personas y en otras no, a pesar de soportar el mismo estrés laboral, en función de factores como la personalidad, la educación, el nivel cultural, la capacidad de responder a demandas emocionales, etc.

Algunos rasgos de la personalidad tales como afabilidad, estabilidad, atrevimiento y optimismo, serían protectores frente al estrés crónico.

El estrés surge cuando el profesional ve defraudadas sus expectativas de modificar su situación laboral y de poner en práctica sus ideas respecto a cómo debe ser realizado el trabajo.

El *burn out* es un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por el involucramiento en situaciones emocionalmente demandantes durante un tiempo prolongado.

Síndrome de Fatiga Crónica (SFC) el cual también guarda relación con unas demandas inadecuadas del trabajo y, por tanto, con el *burn out*. Se caracteriza por un cansancio persistente padecido durante más de seis meses, diferenciado del insomnio y de la falta de motivación y que no se puede atribuir a ninguna enfermedad física o psiquiátrica. Dicho cansancio no cede con el descanso y ocasiona una reducción del nivel de actividad de la persona afectada. Asimismo, el profesionista presenta, al menos, cuatro de los siguientes síntomas: trastornos de concentración o de memoria a corto plazo, faringitis, dolores cervicales, reumatismo muscular, dolor multiarticular sin artritis, dolor de cabeza, sueño no reparador y malestar postesfuerzo de más de 24 horas de duración.

Causas u orígenes del síndrome

- A. Elevados niveles de estrés debido a demandas laborales temporales inusuales
- B. Relaciones laborales inadecuadas
- C. Trabajar con excesos de demanda, sin recursos adecuados, en aislamiento.
- D. Haber sentido temor a ser objeto de violencia (física o psicológica)
- E. Desempeñar roles ambiguos
- F. Tener las oportunidades de promoción limitadas
- G. Carecer de apoyos

Cuadro de las personas con el síndrome:

Actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (despersonalización), hacia el propio rol profesional (falta de realización personal en el trabajo) y una intensa vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. En su forma más común, se considera que el *burn out* abarca tres dimensiones fundamentalmente:

El agotamiento emocional. Es debido a una reducción de los propios recursos emocionales y al sentimiento de que no tenemos nada que ofrecer a los demás, acompañado de manifestaciones somáticas y psicológicas, como el abatimiento, la ansiedad y la irritabilidad.

La despersonalización. Se refiere al desarrollo de actitudes negativas y de insensibilidad hacia los usuarios o receptores de servicios, así como también hacia los colegas. Esto conduce a la idea de que “los demás” son la verdadera fuente de los problemas. Se asocia con una actitud un tanto cínica e impersonal, con el aislamiento, con el etiquetamiento despectivo para calificar a los otros y con intentos de culpabilizarlos de la frustración y el fracaso propio en el cumplimiento de los compromisos laborales.

La falta de realización personal. Es la percepción de que las posibilidades de logro en el trabajo han desaparecido, junto con vivencias de fracaso y sentimientos de baja autoestima. Generalmente, afecta al rendimiento laboral sobre la base de una autoevaluación negativa, a veces encubierta con una actitud de "omnipotencia" que hace redoblar los esfuerzos aparentando interés y dedicación aún mayores, que, a la larga, profundizan el *burn out*.

El *burn out* es un proceso (más que un estado) y es progresivo (acumulación de contacto intenso con personas en situación de crisis).

Los síntomas del *burn out* son:

- A. Físicos: fatiga, problemas del sueño, dolores de cabeza, gastrointestinales, etc.
- B. Emocionales: irritabilidad, ansiedad, depresión, desesperanza, etc.
- C. Conductuales: agresión, defensividad, cinismo, abuso de sustancias, etc.
- D. Relacionados con el trabajo: ausentismo, falta de rendimiento, robos, etc.
- E. Interpersonales: pobre comunicación, falta de concentración, aislamiento, etc.

A esto se añade un conjunto de síntomas físicos de estrés, como cansancio y malestar general.

Factores que inciden en el síndrome:

- A. Falta de incentivos profesionales (carrera profesional)
- B. Ausencia de formación en los centros de trabajo
- C. Excesiva burocracia
- D. Falta de relación con las instituciones de referencia
- E. Los años de ejercicio profesional inciden en la afectación en relación al trabajo

Los efectos del *burn out* son:

- A. Afecta negativamente la resiliencia del trabajador, haciéndolo más susceptible al *burn out*
- B. Favorece la Respuesta Silenciadora que es la incapacidad para atender a las experiencias de las personas sujetas de atención, que resultan abrumadoras, redireccionando a las personas a material menos estresante para el profesional

Victimización, traumatización vicaria y *burn out* en el personal que atiende a víctimas de violencia

En el año 1980 se incorpora al DSM-III el diagnóstico de Trastorno por Estrés post Traumático (PTSD por sus siglas en inglés). Recién en las últimas dos décadas, sustentado en los movimientos pacifistas y en los movimientos contra la violencia doméstica y sexual, ha crecido el interés en el estudio del Trauma Psicológico, sus consecuencias y su tratamiento.

Con la aparición del DSM-IV se produce un cambio de paradigma, poniéndose el acento, no ya en calidad del hecho traumático (qué requisitos debía reunir un evento para ser considerado traumático) sino que ahora lo determinante radica en la reacción de la persona expuesta al hecho traumático.

Los profesionistas que atienden situaciones críticas de violencia, han experimentado, presenciado o se han enterado de acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás, y en general han respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos, lo que implica el conjunto de síntomas referentes al estrés postraumático.

El término de *victimización y traumatización vicaria* son los que se han venido usando para nombrar el estrés postraumático sufrido por terapeutas, o cualquier otro profesional o trabajador involucrado en el manejo de situaciones altamente estresantes y/o traumatizantes. Se caracteriza por un sentimiento de profunda empatía y pena por otro que está sufriendo, acompañado por un fuerte deseo de aliviar el dolor o resolver sus causas.

La capacidad de compasión y empatía parece estar en el centro mismo de nuestra capacidad para realizar el trabajo con nuestros consultantes, y al mismo tiempo en nuestra capacidad para ser lastimados por el trabajo.

El término de *victimización y traumatización vicaria* son remite a las emociones y conductas naturales resultantes de enterarse de un evento traumático experimentado por un otro significativo.

El *burn out* puede derivar de la exposición a un acontecimiento traumatizante, o a una serie de ellos y puede aparecer súbitamente y sin aviso.

Predisposición al *burn out* o *traumatización vicaria*

Quienes trabajan en el área del trauma, o en general con el sufrimiento humano (tales como psicoterapeutas, médicos, enfermeros, personal de rescate, trabajadores sociales, etc.) son más vulnerables al *burn out* dado que la empatía es un recurso importante en el trabajo con poblaciones traumatizadas o sufrientes. También, el hecho de que muchos trabajadores del campo del trauma hayan experimentado algún tipo de evento traumatizante en sus vidas los predispone más a sufrir de *burn out*.

Los traumas no resueltos del trabajador pueden ser activados por el material aportado por la persona que recibe la atención. Por último, quienes trabajan con niños están más expuestos, dado que el trauma y el sufrimiento infantil afecta más intensamente a los trabajadores. La propia historia de traumas del profesional, tanto como el contexto organizacional en el que trabaja, condicionan fuertemente la resiliencia del mismo.

Estrategias de autocuidado en la atención de violencia sexual

- A. Recibir supervisión alivia la carga emocional sufrida por el terapeuta
- B. La supervisión en grupo puede promover la conexión con la realidad
- C. Usar el humor para lidiar con el stress laboral
- D. La psicoeducación sobre el tema, ya que muchos profesionales desconocen este trastorno, y por lo tanto les resulta imposible detectarlos y solicitar ayuda

Principales características de un sistema contenedor:

- A. Brinda apoyo emocional
- B. Escucha y acepta incondicionalmente el material aportado por el profesional y sus reacciones
- C. Ayuda a corregir las distorsiones de interpretación
- D. Ayuda a reformular la situación la intervención

El autocuidado implica un monitoreo sobre los síntomas del *burn out* que implica:

- A. Identificar, entender y desarrollar una jerarquía de eventos que disparan los síntomas de *burn out*
- B. Desarrollar habilidades para enfrentar esas dificultades
- C. Identificar recursos para fortalecer la resiliencia
- D. Aprender técnicas de reducción de la tensión
- E. Desarrollar técnicas para resolver conflictos internos y auto supervisión

Estrategias de autocuidado en dos niveles: en la institución y en lo individual

En el aspecto organizativo:

- A. Identificar a aquellos colectivos laborales con mayores posibilidades de sufrirla. Empezar estrategias adaptativas para afrontar el estrés.
- B. Análisis de los procesos de estrés laboral perniciosos para el desempeño del trabajo.
- C. Sensibilizar a las organizaciones de su obligación de lograr un mínimo de calidad de vida laboral para sus empleados.
- D. Adecuar el ambiente laboral, mejorar el espacio, el mobiliario, las dotaciones técnicas y la decoración.
- E. Hacer cambios en los puestos de trabajo, flexibilizar los horarios y estimular la formación continuada.
- F. Favorecer la división de responsabilidades, evitando la concentración de exigencias en los más dispuestos y capacitados.
- G. Evitar la sobrecarga laboral y la contaminación del tiempo libre.
- H. Mejorar la relación entre los profesionales y los superiores, favorecer la comunicación y apoyarse en los líderes.

En el aspecto individual:

- A. Hacer deporte, relajarse y reestructurar las situaciones problemáticas para que dejen de serlo.
- B. Desarrollar estrategias de solicitud de ayuda a los compañeros.
- C. Intentar separar familia y trabajo y aprender técnicas de control de estrés y solución de problemas.
- D. Llevar una vida sana o vigilar el estado de salud.

El manejo de la autoestima y el aprendizaje de habilidades sociales.

- A. Los objetivos que se persiguen en el ámbito profesional son dos: trabajar con calidad y no renunciar a sentirse un profesional competente.
- B. En el plano personal el fin es preservar la salud mental.

Es preciso evitar simplificar las falsas creencias en torno al estrés laboral que obstaculizan su adecuado planteamiento. Dichas falsas creencias son:

- A. La situación de quemado es sólo una nueva excusa de los perezosos.
- B. Cuando las personas disfrutan realmente con su trabajo, pueden trabajar tanto y durante tanto tiempo como deseen y nunca se sentirán quemadas.
- C. Las personas saben cuándo están quemadas.
- D. Las personas fuertes física y psicológicamente no suelen padecer esta situación.
- E. La situación de quemado deriva exclusivamente de una relación con el empleo.

BIBLIOGRAFÍA

ABRIC, Jean Claude, *Prácticas Sociales y Representaciones*. Serie Filosofía y Cultura Contemporánea. Ediciones Coyoacán; México. 2001.

ASOCIACIÓN PRODERECHOS HUMANOS. *La Violencia Familiar, Actitudes y Representaciones Sociales*. Editorial Fundamentos, Colectivo Abierto de Sociología; España. 1999.

BORJÓN LÓPEZ, Inés-Coterilla. *Violencia Doméstica en Mujer Víctima, Mujer Victimaria: El Caso de la Violencia Doméstica*. Comisión Nacional de los Derechos Humanos; México. 2000.

BRASILEIRO, Ana María. *Las Mujeres Contra la Violencia, Rompiendo el Silencio*. UNIFEM; Nueva York, EU. 1997.

CHÁVEZ ASECIO, Manuel y HERNÁNDEZ BARROS, Julio. *La Violencia Intrafamiliar en la Legislación Mexicana*. Porrúa; México. 2000.

CHÁVEZ, Julia (compiladora). *Antología del seminario Perspectiva de Género*. Centro de Estudios de la Mujer /Escuela Nacional de Trabajo Social /UNAM; México. 2001.

CHÁVEZ, Julia *Perspectiva de Género*. Serie Género y Trabajo Social, Número 1. ENTS / UNAM /Plaza y Valdés; México. 2004.

COPELON, Rhonda. *Violencia Contra las Mujeres. El Potencial y el Desafío del Enfoque de Derechos Humanos. En Género y Derechos Humanos*. PRODEC; México. 1998.

CORSI, Jorge. *Abuso y Victimización de la Mujer en el Contexto Conyugal, en Violencia Doméstica*. PRODEC; México. 1998.

FERNÁNDEZ Liria, Alberto y Rodríguez Vega, Beatriz. *Intervención en Crisis. Síntesis*; España. 2002.

FERREIRA, Graciela. *Una Historia Común Repetida y Oculta en la Mujer Maltratada: un Estudio sobre las Mujeres Víctimas de Violencia Doméstica*. Hermes; México. 1996.

IBÁÑEZ GARCÍA, Tomás (coord.) *Ideología de la Vida Cotidiana*. SENDAI; Barcelona, España. 1988.

LIMA Malvado, Ma. de la Luz. *Modelo de Atención a Víctimas en México*. Porrúa; México. 2004.

MACHIARI, Hilda. *Criminología. La víctima del delito*. Porrúa; México. 2003.

MUSITA, Gonzalo, *La Violencia Doméstica en la Familia y la Educación*. Biblioteca Latinoamericana/Educación, Octaedro; España. 2001.

OLAMENDI TORRES, Patricia (Compiladora). *La Lucha Contra la Violencia Hacia la Mujer, Legislación, Políticas Públicas y Compromisos en México*. El Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas; México. 1996.

ORGANIZACIONES DE LAS NACIONES UNIDAS. *Declaración para la Eliminación de la Violencia Contra las Mujeres*. UNIFEM; México. 1996.

PODER EJECUTIVO. *Programa Nacional Contra la Violencia Intrafamiliar 1999-2000*. México. 2001.

PROFAMILIA. *La Violencia y Derechos Humanos de la Mujer. Servicio de Consultoría Jurídica Familiar*. México. 1992.

RODRÍGUEZ Manzanares, Luis. *Victimología*. Porrúa; México, 2003.

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL. *Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar para el Distrito Federal*. Dirección de Equidad y Desarrollo Social; México. 1999.

SECRETARÍA DE SALUD. *Norma Oficial Mexicana. Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar*. México. 2000.

SLAIKEU, Karl A. *Intervención en Crisis*. Manual Moderno; México 1998.

TOCAVEN, Roberto. *Psicología Criminal*. Instituto Nacional de Ciencias Penales; México, 1992.

TORRES FALCÓN, Marta (comp.) *Violencia Contra las Mujeres en Contextos Urbanos y Rurales*. Colegio de México; México. 2004.

TORRES FALCÓN, Marta. *Mujeres Maltratadas en la Lucha Contra la Violencia Hacia las Mujeres: 1990-1997*. Tesis para Doctorado de Ciencias Sociales de la UAM; México. 1998.

DOCUMENTOS

Centro de Información de las Naciones Unidas para México, Cuba y República Dominicana. 2005

Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas con sede en Nueva York, 1997.

Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer. Ratificada por la Asamblea General de la ONU. Academia Mexicana de Derechos Humanos; México. 1999.

Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer (Convención de Belem Do Pará. Los Hombres Opinan). SRE, PNUD Y UNIFEM; México. 2003.

Diario Oficial de la Federación, 30 de diciembre de 1997.

GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL. Secretaría de Desarrollo Social, Dirección de Equidad y Desarrollo Social. *Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar para el Distrito Federal.* México. 1999.

INTERNET

CORTÉS PINTO, Cristian Enrique. *Representaciones Sociales.*
<http://cristianenrique.tripod.cl/trabajosocialydiscapacidadvisual>

GARCÍA de la Rubia, Servando. *El estrés del pediatra. ¿padece burn out?.* Centro de salud La Alberca (Murcia). www.murciapediatrica.com/Sindrome%20del%20quemado.doc

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. *Ayudándonos para ayudar a otros: Guía para el autocuidado de quienes trabajan en el campo de la violencia intrafamiliar*
<http://www.paho.org/English/HDP/HDW/autocuidadosp.doc>

PÉREZ RUBIO, Ana María. *La Psicología Social Cognitiva: la Cognición Social y la Teoría de las Representaciones Sociales.* Universidad Nacional del Nordeste, Argentina. http://www.psicologiacientifica.com/articulos/ar/perez_rubio01.htm

PODER LEGISLATIVO. *Ley para la Atención y Prevención de la Violencia Familiar; de todos los Estados de la Republica Mexicana.* www.ordenjuridico.gob.mx

PROCURADURIA GENERAL DE JUSTICIA DEL DISTRITO FEDERAL.
<http://www.pgjdf.gob.mx/periciales/especialidades/Psicologia%20Forense.htm>

EHRENREICH Ph.D, John. H. *Una guía para la intervención psicosocial. Preparado para Trabajadores en Salud Mental. Sin Fronteras.* Agosto, 1999. www.mhwwb.org/Enfrentando%20el%20desastre.pdf