

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

**Sistema de Seguimiento de las Unidades del Instituto
de las Mujeres del Distrito Federal en las Delegaciones**

TRABAJO RECEPCIONAL
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

PRESENTA

ZULEIMA SARAHI RAMOS TOBIAS

Directora del trabajo recepcional:

Mtra. María Eugenia Covarrubias Hernández

Ciudad de México, octubre 2017.

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS ©

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

Dedicatorias

A mi Madre y a mi Padre

Que me dieron la vida y han estado conmigo en todo momento. Gracias por todo papá y mamá por darme un estudio que me ayudará en mi futuro y por creer en mí, por siempre estar apoyándome y brindándome todo su amor, por todo esto les agradezco de todo corazón el que estén conmigo a mi lado.

Mamá gracias por todos tus regaños que me hicieron la persona que soy y que detrás de todos mis errores y tristezas siempre estuviste con los brazos abiertos, gracias por tu fortaleza y tú animo de seguir adelante, eres mi modelo a seguir mi guerrera.

Papá sé que a lo mejor no coincidíamos en algunos ideales y no te culpo porque fuiste educado en este sistema patriarcal, pero quiero agradecerte que hayas roto estos mitos machistas que te rodeaban sin importar lo que tu familia dijera, sé que cuesta mucho cambiar pero lo has hecho poco a poco y muy bien.

A mis hermanas y hermano

Gracias por apoyarme en este camino y formar parte de mi vida, gracias por las risas, las lágrimas, los triunfos, las locuras y los fracasos que hemos compartido ya que de ellos somos lo que somos.

Siempre contarán conmigo.

A mis sobrinas y sobrinos

Por ser la motivación de mi trabajo, por su cariño que me brindaron en momentos difíciles de mi vida, por ser la inspiración de que crezcan en un mundo mejor y sin violencia, siendo ustedes las nuevas generaciones que instruyan este conocimiento de sororidad.

Las ama Zuleima Sarahi Ramos Tobias



Agradecimientos

*Agradezco a mi directora de tesis a la maestra **María Eugenia Covarrubias Hernández** por su apoyo incondicional, por su paciencia, por su tiempo, por sus enseñanzas y conocimientos brindados a lo largo de este proceso y de mi formación universitaria.*

Gracias por recibirme con una sonrisa en las asesorías y motivarme cada día en la terminación de este trabajo, esta acción me confortaba mucho y me motivo a terminarla y enfocarme a este tema.

Gracias por abrir brechas encaminadas a mi empoderamiento y poder ayudar a otras mujeres y compañeras de mi universidad.

A cada una(o) de mis lectores quienes me orientaron con su sabiduría y brindaron su tiempo y dedicación en mi trabajo.

Mtra. María de los Ángeles Lara López

Mtra. Edith Leal Miranda

Mtra. Luz Janet Vázquez González



Mtro. Porfirio Miguel Hernández Cabrera

A mis hermanas de Corazón

A Diana Marisol Vera Bonifaz por darme la oportunidad de ser tu amiga, hermana y confidente gracias por ser esa persona tan especial.



A Laura Lucía Camacho Romero por ser mi confidente, mi compañera, mi hermana simplemente me llena de orgullo el saber que cuento contigo para todo y no va haber manera de devolvarte tanto que me has ofrecido.

A mis amigas, amigos, mis compañeras y compañeros de la Universidad que siempre me motivaron a terminar este proceso importante de mi vida.

Y al Instituto de las Mujeres de la Ciudad de México Unidad Cuauhtémoc por dejarme vivir esta experiencia en sus instalaciones.

Con mucho cariño para las Mujeres que me brindaron su confianza y su experiencia de vida, gracias a ellas sigo en la lucha.

*No es necesaria una gota de sangre
para gritar contra el odio y la violencia.
Ni una gota de sangre me basta para sentir el dolor de la víctima.
Ni una gota de sangre:
ni una más...*

 *Y aun así
cientos de nuevas víctimas se suman
a la enorme lista de sacrificadas,
desaparecidas,
torturadas,
secuestradas,
mutiladas.* 

*No es necesario escuchar el llanto de una niña violada
o un niño arrojado a las alcantarillas
para luchar contra la barbarie y el genocidio.*

*Un padre implora impotente ante la súplica inaudible;
una madre exige justicia frente a la cámara de diputados;
una hermana grita en la cúspide del perdón ...*

más nadie responde.

También el silencio es violencia!

Rosina Conde





ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
JUSTIFICACIÓN	5
OBJETIVOS	8
MARCO TEÓRICO	9
I. Marco Institucional	9
I.1 Instituto Nacional de las Mujeres.....	9
I.2 Instituto de las Mujeres del Distrito Federal.....	10
I.2.1 Instituto de las Mujeres Distrito Federal Unidad Cuauhtémoc.....	13
a) Servicios.....	14
b) Grupos de Mujeres “ <i>Por una vida libre de violencia</i> ”.....	15
II. Antecedentes históricos y referentes teórico metodológicos de la intervención grupal (con mujeres que sufren violencia)	16
II.1 Teoría de género y Derechos Humanos.....	16
II.2 Violencia contra las mujeres.....	21
II.3 Violencia y salud mental de las mujeres.....	28
III. Promoción de la Salud	32
III.1 Definición.....	32
III.2 Conferencias Internacionales de la Promoción de la Salud.....	34
III.3 La importancia de la prevención de enfermedades y la promoción de la Salud.....	41
III.4 Modelos del proceso salud-enfermedad.....	42
III.5 Enfoque de empoderamiento de Promoción de la Salud aplicado a las mujeres que sufren violencia de género.....	46
IV ACTIVIDADES REALIZADAS	50
IV. 1 Técnicas socio-afectivas más importantes durante el proceso grupal...51	
IV. 2 Relatoría de las sesiones observadas en el grupo “ <i>Por una vida libre de violencia</i> ”.....	53
IV. 3 Descripción de la atención inicial y las asesorías especializadas.....	72
IV.3.1 Atención inicial.....	72
IV.3.2 Asesorías especializadas.....	74



IV.4 Algunos casos observados en las asesorías especializadas.....	76
V. RESULTADOS.....	81
V.1 Vinculación de la licenciatura con el servicio social.....	81
V.2 Aprendizaje profesional.....	83
V.3 Valoración de los resultados.....	86
CONCLUSIÓN.....	89
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	93
ANEXOS.....	100



INTRODUCCIÓN

El propósito de este informe es mostrar la importancia de la intervención de Promoción de la Salud en el Instituto de las Mujeres del Distrito Federal¹ (Inmujeres D.F.), a través de la prestación del servicio social en el Programa “Sistema de seguimiento de las Unidades del Instituto de las Mujeres del Distrito Federal en las Delegaciones”, enfocados en el tema de *“La violencia contra las Mujeres y el impacto que tiene en la salud mental”*.

Para ello, se realizó un servicio social de 480 horas, las cuales se distribuyeron en 4 horas de lunes a viernes, a partir del mes de septiembre de 2014 y hasta marzo de 2015. La principal actividad en la que se trabajó fue con los grupos de mujeres “Por una vida libre de violencia”; asimismo, se apoyó en las brigadas de información acerca de los talleres que se imparten en la institución en la Unidad Cuauhtémoc, ubicada en Aldama y Mina, Col. Buenavista, en la Delegación Cuauhtémoc.

Debido a que la violencia contra las mujeres es un fenómeno social multi-causal y con serias repercusiones en los ámbitos a nivel personal, familiar, social y cultural, es importante generar procesos de reflexión y de análisis que nos permitan, como sociedad, ir cambiando aquellos modelos culturales machistas y misóginos que legitiman cualquier acto de violencia contra las mujeres. En los grupos de mujeres “Por una vida libre de violencia” se obtuvieron resultados valiosos, pues considero que contribuyeron a formar parte de una visión más clara acerca de la necesidad de ir cambiando nuestra sociedad para que exista una equidad de género y una vida libre de violencia.

¹Indistintamente se utilizará el nombre de Ciudad de México y Distrito Federal, ya que el 29 de enero de 2016 de forma oficial, el Distrito Federal ha dejado de existir para dar origen a la Ciudad de México. A partir del año 2018 se comenzará a redactar la constitución bajo la cual se registrará por el Gobierno de la nueva entidad del país. Por lo tanto es Instituto de las Mujeres del Distrito Federal se mencionará hasta los nuevos cambios.



Considero que el (la) Promotor (a) de la Salud, en coadyuvancia con otros profesionistas de la salud, tiene la obligación de promover y mejorar la salud mental y emocional de las mujeres que fueron víctimas de violencia y maltrato psicológico, apoyándose en estrategias, talleres y grupos de mujeres.

El presente informe está estructurado de la siguiente manera: en el primer apartado se abordan las funciones del Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) y del Inmujeres D.F; asimismo, se menciona el funcionamiento del Instituto de las Mujeres del Distrito Federal de la Unidad Cuauhtémoc, así como el trabajo que se lleva a cabo en los grupos de mujeres “Prevención de la violencia”.

En el segundo apartado se mencionan algunos antecedentes históricos y referentes teórico-metodológicos de la intervención grupal, se abordan algunos aspectos de la teoría de género, los derechos humanos, la violencia contra las mujeres, y la violencia y la salud mental de las mujeres. Esto como marco para situar y entender el trabajo realizado con los grupos de mujeres.

En el tercer apartado se aborda la definición y las conferencias internacionales de la Promoción de la Salud (PS); asimismo, se menciona la importancia de la prevención y los modelos del proceso salud-enfermedad y, por último, el enfoque de empoderamiento de Promoción de la Salud aplicado a las mujeres que sufren violencia de género.

Por otra parte, se presentan los resultados de las actividades en las cuales participé como prestadora de servicio social durante un periodo de seis meses. Además, se menciona la vinculación de la licenciatura de Promoción de la Salud con el problema de la violencia contra la mujer.

La parte final incluye un apartado destinado a las conclusiones obtenidas en este trabajo, mencionando el aprendizaje profesional y social que se obtuvo durante el tiempo de servicio social prestado.



JUSTIFICACIÓN

El presente informe da cuenta de la importancia de la Promoción de la Salud en el “*Sistema de Seguimiento de las Unidades del Instituto de las Mujeres del Distrito Federal en las Delegaciones*”, enfocado en el tema de “*La violencia contra las mujeres y el impacto que tiene su salud mental*”.

Es necesario que especialistas en salud manejen este programa, ya que la violencia contra las mujeres debe ser tratada como un problema de salud pública, no sólo porque produce directamente lesiones y defunciones, sino por su influencia en el periodo de atenciones a las personas sobrevivientes de la violencia.

Las mujeres que sufren violencia atraviesan por diversas problemáticas, la principal es la violación de sus Derechos Humanos y de su integridad, y ponen en riesgo su estabilidad emocional, provocando estados de confusión, tristeza e irritabilidad, es por ello que, para el Inmujeres D.F., la salud mental y emocional es de vital importancia, y se hace necesario abordar temáticas reflexivas que incidan en la disminución del problema y de esta manera las y los promotores de la salud aumenten el nivel de salud y bienestar de las mujeres.

De acuerdo con las estadísticas que señala el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2011), en el Distrito Federal aproximadamente 46 de cada 100 mujeres mayores de 15 años sufren violencia psicológica, económica, patrimonial, sexual y en algunos casos llega a la muerte de las víctimas.

Por otro lado, los resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH, 2011), el INEGI (2011) y el Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres, 2010), precisaron que ese tipo de violencia se basa en el sometimiento, la discriminación y el control que se ejerce sobre las mujeres en todos los ámbitos de su vida.



En uno de los estudios realizados en Inmujeres D. F. de la Unidad Cuauhtémoc, se reportó que de las 3,831 Asesorías de Prevención de la Violencia, el 51.76% de las mujeres sufre violencia psicoemocional, con la modalidad familiar del 87.76% en un periodo del 2012 a febrero de 2015, lo cual es alarmante ya que la mitad de las mujeres que fueron atendidas en esta unidad ha vivido insultos, menosprecios, indiferencias, prohibiciones, golpes, abusos físicos, sexuales y psicológicos; así como los sometimientos dentro de la familia por alguna persona cercana, ya sea por el padre, hermano, el novio, el cónyuge, etc. Afectando así su autoestima provocando problemas de salud y disminuyendo su capacidad para participar en la vida pública².

En el estado de México, 56.9% de mujeres padecen violencia por parte de su pareja, en contraste, la entidad con menor tasa de violencia es Chiapas, con 29.8%. A nivel nacional, 42 de cada 100 mujeres declararon haber recibido agresiones emocionales en algún momento de su actual o última relación, que afectan su salud mental y psicológica, mientras que 24 de cada 100 recibió algún tipo de agresión para controlar sus ingresos y el flujo de los recursos monetarios del hogar (ENDIREH, 2011).

Es importante señalar que de las mujeres que sufren violencia, pocas tienen el valor de demandar o de levantar una denuncia, debido a que han interiorizado la violencia o la ven como algo “normal”, provocando con ello que no exista un castigo para el agresor.

Cuando una mujer es víctima de violencia puede manifestar comportamientos, conductas y actitudes que los especialistas llaman “síndrome de la mujer maltratada”, el cual se caracteriza por un conjunto de síntomas físicos, emocionales y sexuales que afectan la integridad de las personas. Este síndrome se presenta no sólo en la persona que vive directamente la violencia, sino también en las personas que están cercanas a ella (Inmujeres DF, 2010). Es

²Recuperado de: Instituto de las Mujeres de la Unidad Cuauhtémoc. (2015), www.inmujeres.df.gob.mx



importante decir que todas las mujeres que viven situaciones de violencia con frecuencia presentan culpa y vergüenza, impotencia, se sienten amenazadas, con miedo, aisladas y controladas, minimizadas, confundidas y con depresión.

Alfonso señala que el problema de la violencia contra la mujer es tanto un “Problema de Salud” como un “Problema en Salud”(2005, p.14), ya que en el problema de salud es definido como todos aquellos fenómenos relacionados con la salud y el bienestar de los individuos y las familias que tiene como causas principales o primarias las carencias, deterioro, afectaciones producidas por el ambiente externo del hombre, es decir tales como el medio físico, el ambiente familiar, social, laboral, los estilos de vida y otros; por lo que es necesario identificar la linealidad causa efecto, de esta manera se permite percibir y comprender su multicausalidad, circularidad y complejidad, para así diseñar y programar acciones de prevención dirigidas a las causas que provoca la violencia.

Y en cuanto al problema en salud, está delimitado su agente causal, por lo que la visión biomédica sólo posibilita abordar las consecuencias del fenómeno, y no atacar las causas. Es decir que sólo se ven cuestiones médicas y biológicas en los casos de las mujeres que fueron agredidas físicamente, y no se ven a profundidad las causas del daño³.

³ Los trabajadores del sector salud pueden desempeñar una función esencial al detectar, canalizar y atender a las mujeres que viven con violencia. Sin embargo, esta idea no se lleva como tal, tal ya que las mujeres víctimas de violencia física que se presentaron en Inmujeres D.F. Cuauhtémoc afirmaron que sólo les atendían las lesiones y no había un procedimiento legal para que el agresor recibiera su castigo.



OBJETIVOS

El INMUJERES tiene como objetivo promover y fomentar las condiciones que den lugar a la no discriminación, igualdad de oportunidades y de trato entre géneros, el ejercicio de todos los derechos de las mujeres y su participación equitativa en la vida política, cultural, económica y social del país.

Por otro lado, el Inmujeres D.F. tiene como Misión posicionar en cada demarcación territorial políticas encaminadas a alcanzar la igualdad sustantiva y el ejercicio pleno de los derechos humanos de las mujeres de la Ciudad de México. Y como Visión, ser referencia a nivel delegacional del impulso y promoción del ejercicio pleno de los derechos humanos de las mujeres como resultado de su empoderamiento.

La realización del Servicio Social en el Inmujeres D.F. tuvo como objetivo general analizar el problema de violencia contra las mujeres desde un contexto individual, familiar, socioeconómico y cultural, así como los efectos sobre la salud mental e integral de las mujeres que se presentan en la Unidad Cuauhtémoc.

El objetivo del grupo “Por una vida libre de violencia” fue el siguiente:

Otorgar información clara a las mujeres interesadas en la transformación de vivir una vida libre de violencia, en aprender identificar la violencia en su contra y dar las herramientas necesarias para evitarla y erradicarla en su vida.

Objetivo de las sesiones individuales especializadas:

Observar y escribir de manera respetuosa los sucesos más importantes que narra la usuaria, al que igual las emociones que va desarrollando durante la asesoría, y la interacción de la asesora con la mujer durante la misma.



MARCO TEÓRICO

I. Marco Institucional

I.1 Instituto Nacional de las Mujeres

El INMUJERES es una entidad del Gobierno Federal que coordina el cumplimiento de la política nacional en materia de igualdad sustantiva y coadyuva con la erradicación de la violencia contra las mujeres. De igual manera, esta institución es reconocida, a nivel nacional e internacional, por el pleno desarrollo de las mujeres que han asistido a esta institución, garantizando el ejercicio y el goce de sus plenos derechos humanos y libertades fundamentales en igualdad de condiciones con los hombres (INMUJERES, 2015).

El Instituto Nacional de las Mujeres como organismo público descentralizado de la administración pública federal e instancia directora de la Política de Estado en materia de igualdad, pone en marcha el Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres 2008-2012, el cual busca contribuir al logro de los objetivos, estrategias y prioridades nacionales del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, en la estrategia del Eje Rector: “Igualdad de Oportunidades”, en el que se manifestó el compromiso de promover acciones para fomentar una vida sin violencia ni discriminación y una auténtica cultura de la igualdad nacional, donde impere el respeto entre iguales, y que mujeres y hombres ejerzan sus derechos a plenitud (Inmujeres,2015).



I.2 Instituto de las Mujeres del Distrito Federal.

El Inmujeres D.F. es un organismo público descentralizado del Gobierno de la Ciudad de México, con un mecanismo orientado a trabajar por que las mujeres accedan al pleno goce de sus derechos humanos, así como a los beneficios del desarrollo, en un contexto de equidad de género e igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres.

De igual manera colabora muy de cerca con organizaciones no gubernamentales en la construcción de espacios de interlocución, con el fin de que sus demandas y propuestas se vean reflejadas en la definición de acciones públicas a favor de las mujeres. Asimismo, el Inmujeres D.F. cuenta con 16 Unidades Delegacionales en las que se trabaja con grupos de mujeres víctimas de violencia.

El Inmujeres D.F. ha sentado bases para el fortalecimiento de un proceso de transversalización de la perspectiva de género en todas las acciones de gobierno, el cual garantice la eliminación de todo tipo de discriminación, así como la igualdad de oportunidades y de trato entre mujeres y hombres, a través de la promoción, el conocimiento, la defensa y el ejercicio de los derechos de las mujeres de la Ciudad de México.

El compromiso de la institución también consiste en estar cerca de las mujeres de la Ciudad de México para ofrecer los servicios, asesorías y beneficios que ofrece el gobierno capitalino en distintos campos; asimismo, mantener la vinculación con las organizaciones de la sociedad civil.

Esta institución tiene una vinculación con las organizaciones de la sociedad civil en las que se ha planteado una línea de trabajo que se sostiene sobre once ejes temáticos, desde los cuales se diseñan las políticas y acciones con perspectiva de género del gobierno capitalino (Inmujeres D.F. 2012).



Los ejes temáticos son:

- 1.- Transversalidad en la perspectiva de género en la Ciudad de México.
- 2.- Violencia contra las mujeres. Su objetivo es que el Gobierno de la Ciudad de México respete, proteja y garantice el derecho de todas las mujeres a una vida libre de todo tipo de violencia.
- 3.- Justicia y seguridad para las mujeres.
- 4.- Salud integral para las mujeres.
- 5.- Educación con perspectiva de género.
- 6.- Medios de comunicación con perspectiva de género.
- 7.- Cultura y recreación con equidad de género.
- 8.- Trabajo con perspectiva de género, para garantizar el acceso de las mujeres a los beneficios del desarrollo, a través de la generación de empleos que mejoren su calidad de vida.
- 9.- Transporte con equidad para ofrecer a las mujeres una ciudad segura, accesible y viable, con perspectiva de género.
- 10.- Medio ambiente con equidad, que garantice el derecho de las mujeres a disfrutar de un entorno sustentable y a tener una vivienda digna, con perspectiva de género.
- 11.- Construcción de ciudadanía, para promover la participación activa y la organización social y comunitaria de las mujeres, fortaleciendo su liderazgo e individuación para garantizar el pleno ejercicio y disfrute de sus derechos.
- 12.- Vinculación con organizaciones de la sociedad civil, con la finalidad de impulsar de manera corresponsable proyectos encaminados a garantizar mayores condiciones de igualdad para las mujeres de la Ciudad de México.

Los servicios que brinda esta institución son gratuitos y consisten en asesorías legales y psicológicas, orientación en derechos sexuales y reproductivos, talleres, grupos de reflexión, redes ciudadanas de mujeres, grupos de aprendizaje, grupos de ahorro y préstamo, y cursos de sensibilización y capacitación.



El objetivo de los servicios que se ofrecen es favorecer en las mujeres su organización y participación ciudadana, el desarrollo integral, la participación económica y laboral, el acceso a una vida libre de violencia; es decir, el pleno ejercicio de sus derechos humanos.

Las temáticas que manejan las y los asesores de las 16 Unidades Delegacionales del Inmujeres D.F. son:

- Derechos Humanos de las mujeres
- Violencia contra las mujeres, en el marco de *la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida libre de Violencia del Distrito Federal*.
- Ciudadanía y liderazgo
- Empoderamiento económico (Inmujeres D.F. 2012).



I.2.1 Instituto de las Mujeres del Distrito Federal Unidad Cuauhtémoc.

El Inmujeres D.F. de la Unidad Cuauhtémoc es una de las 16 unidades que trabaja con grupos de mujeres, en este espacio se enuncian y comparten malestares, sufrimientos, sueños, proyectos y alegrías. Cuenta con personal capacitado para trabajar en grupos y servicios, ayudando en el desempeño, la formación y el seguimiento de las siguientes intervenciones:

- Grupos de “Psicoterapia breve para mujeres”. Constituyen una alternativa de atención a la salud mental de las mujeres, promoviendo la reflexión profunda sobre sus condiciones actuales y permite el reconocimiento y la construcción de alternativas de solución a diferentes problemáticas de manera colectiva, generando con ello, espacios terapéuticos, para que las mujeres encuentren alternativas que den respuesta a sus necesidades y problemáticas inmediatas en tiempos relativamente cortos.
- Grupos de mujeres “Por una vida libre de violencia”. Están dirigidos a todas las mujeres interesadas en participar con acciones de cambio y de transformación en beneficio del derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia, en aprender a identificar la violencia en su contra y las herramientas necesarias para evitarla y erradicarla de sus vidas.
- Grupos de “Información para la promoción de los Derechos Humanos de las Mujeres”. Tienen como objetivo propiciar procesos de reflexión-acción para la difusión y defensa de los Derechos Humanos de las mujeres, para llevar a cabo acciones comunitarias ejerciendo sus derechos desde la perspectiva de género. Este grupo representa la posibilidad de obtener información básica desde el ámbito jurídico para el ejercicio de la promotoría de los derechos en sus comunidades y la multiplicación de saberes.



De los grupos anteriormente mencionados, sólo se trabajó con el grupo de mujeres “Por una vida libre de violencia”, del cual se habla más adelante.

a) Servicios

Los servicios que otorga el instituto son los siguientes.

Atención inicial

La atención inicial es una técnica de primer contacto dirigida a las mujeres que acuden a los servicios del Inmujeres DF, ofreciéndoles en ese lugar una gama de alternativas y opciones a sus diversas problemáticas o situaciones.

Asesoría Especializada

Se considera en un segundo nivel de atención. Es cuando a una mujer previa atención inicial, se le deriva a un servicio específico como las asesorías psicológica, jurídica o económica, o bien a asesorías jurídicas y psicológicas en materia de violencia contra las mujeres.

Es importante señalar que tanto en la atención inicial como en las asesorías, las actitudes y los mensajes no verbales que muestren las y los asesores desde el primer contacto con las mujeres, pueden favorecer o imposibilitar el éxito del proceso de acercamiento y confianza de las mujeres en el Inmujeres DF.

Las y los asesores tienen que ser capaces de brindar una respuesta sensible, cálida, empática, de escucha y de solidaridad con las mujeres, para facilitar el canal de comunicación y de confianza en ambos niveles de atención.



b) Grupos de Mujeres *“Por una vida libre de violencia”*

Estos grupos tienen como objetivo consolidar un espacio-red que posibilite conocer, reflexionar y actuar en torno a la violencia contra las mujeres bajo la modalidad del grupo operativo⁴, tomando como escenario imprescindible la perspectiva de género.

Estos grupos tienen una duración de 32 horas, divididas en 12 sesiones de 2 horas cada una. Los grupos son abiertos, es decir que la incorporación de nuevas integrantes es permanente. La edad promedio de las mujeres que asisten oscila entre los 25 y 50 años de edad.

Se intenta abordar las temáticas que las mujeres participantes en los grupos van proporcionando; sin embargo, por cuestiones operativas, las facilitadoras de los grupos encaminan las sesiones hacia con los siguientes ejes temáticos:

- Presentación y encuadre
- Construcción social de género
- Derechos Humanos de las mujeres
- Tipos y modalidades de la violencia
- Síndromes de la violencia
- Círculo de la violencia
- Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia
- Habilidades para la vida
- Autonomía económica y empoderamiento
- Cine debate “Te doy mis ojos”
- Proyecto de vida
- Evaluación y cierre

Debido a que en estos grupos se abren historias de vida en donde la violencia es un elemento constante y latente, la facilitadora pone en práctica una serie de herramientas pedagógicas como técnicas de presentación, comunicación y de resolución de conflictos, que permiten que el grupo no se desborde, o que la facilitadora se involucre demasiado en las historias de vida de cada una de las mujeres que acuden al grupo.

⁴La descripción de la función del grupo operativo se encuentra en el Anexo N° 1.



II. Antecedentes históricos y referentes teórico metodológicos de la intervención grupal (Con mujeres que sufren violencia)

En este apartado se habla de la teoría de género y de la importancia de los derechos humanos en la problemática de la violencia contra las mujeres. Asimismo, se explican los tipos y modalidades de violencia contra las mujeres.

Por último, se hace mención de las consecuencias de la violencia y el daño ocasionando a la salud mental de las mujeres.

II.1 Teoría de género y Derechos Humanos.

Considerar a la mujer como “objeto” u “propiedad” tiene su origen en la estructura de un sistema patriarcal, el cual asegura la reproducción de las relaciones de dominación, sometimiento simbólico y físico de los hombres hacia las mujeres (Guzmán y Bolio, 2010). Esta dominación es generada a partir de una construcción sociocultural e históricamente determinadas, que se asignan a las diferencias anatómicas de los sexos, que se sustenta en significaciones subjetivas y sociales, es decir en la construcción social de género.

El concepto de género presenta la distinción relativa a la cultura, por lo que puede definirse como un “debe ser” social, una categoría basada en las definiciones socio-culturales relativas a las formas en que deben ser diferentes varones y mujeres y a las distintas esferas sociales que deben ocupar (Martínez, 1994).

Compartir la idea de que las mujeres son más tiernas, dependientes y están más preocupadas por el cuidado de los demás, y que los varones son más agresivos, competitivos e independientes, se deriva de un “proceso de modelado” (Martínez, 1994), en el que se establece una relación entre sexo y género (asignación e identidad), en la que a partir de la construcción simbólica y de la interpreta-



ción socio histórica que cada cultura realiza de las diferencias anatómicas, los sujetos van construyendo su propio yo y, en consecuencia, experimentando su propia identidad corporal, psíquica y social.

La construcción de género se interrelaciona también con otras condiciones objetivas y subjetivas en la vida de cada persona: su cultura, la etnia a la que pertenece, su clase social, su edad, su pertenencia a una comunidad y su historia familiar (Zaldaña, 2002). Es por ello que todas las personas, mujeres y hombres de diferentes edades, culturas, etnias, clases sociales y lugares, tenemos una vivencia de género, nacemos dentro de un grupo social que determina qué debemos ser dependiendo de nuestro sexo. Estas ideas y expectativas se aprenden en la familia, con las y los amigos, líderes de opinión, instituciones religiosas y culturales, la escuela, la comunidad y los medios de comunicación.

El concepto de género ha implicado pasar de un determinismo biológico, como explicación de mayor peso del quehacer de hombres y mujeres, a una balanza más equilibrada donde son tomados en cuenta, como explicación de estas acciones, factores no sólo biológicos, sino también psíquicos, sociales, afectivos, racionales, y las dimensiones históricas, económicas, sociológicas y religiosas (Guzmán y Bolio, 2010).

Por otro lado, la identidad de género, es el sentimiento de pertenencia a la categoría femenina o masculina, que no deriva mecánicamente de la anatomía sexual o de las funciones reproductivas, sino que cada grupo humano elabora significados sobre el origen y las consecuencias de estas definiciones, aun cuando las diferencias anatómicas aparezcan como justificación natural de la diferencia social entre los géneros (Guzmán y Bolio, 2010).

El concepto de género fue acuñado en la psicología por Robert Stoller y John Money, investigadores dedicados a la indagación de las diferencias sexuales. Ambos analizaron que lo que se entiende por ser hombre o por ser mujer está rela-



cionado, fundamentalmente, con un aprendizaje sociocultural más que con las características biológicas del cuerpo humano (Guzmán y Bolio, 2010).

Por lo tanto, el género es el conjunto de ideas, creencias y atribuciones sociales construidas en cada cultura y momento histórico, tomando como base a el sistema sexo-género determinando las relaciones entre ambos sexos (Martínez, 1994).⁵

El género de una persona es una construcción social y cultural de las diferencias sexuales. A partir de ello se construyen los conceptos de masculinidad y feminidad, lo cual varía de un grupo social a otro y de una época a otra (Martínez, 1994).

Las diferencias en los significados de lo femenino y lo masculino tienen como consecuencia la desigualdad y la dominación de uno sobre la otra, en el que se plantea la condición de la supremacía masculina como ejercicio de la fuerza y en la que las mujeres son sometidas y consideradas una posesión para la producción y reproducción (Peña, 2009, p.25). El sólo pensar que las mujeres son “objeto”, “propiedad” es lo que sustenta la violencia contra las mujeres.

El hecho de que las mujeres hayan sido educadas bajo un patrón patriarcal trajo serias repercusiones en la construcción de su identidad, en su integridad y en sus valores. A causa de estas prácticas culturales permean las mentalidades, las ideologías, las costumbres, las actitudes y comportamientos de hombres y de mujeres por igual, y se ha naturalizado la violencia contra las mujeres, considerándola como algo “normal”, un “debe ser”. Está “naturalización” y “normalización” de la violencia contra las mujeres, se ve reflejada en los principales sistemas sociales:

⁵Sistema sexo-género: proceso en el cual se relaciona socialmente a las personas con una serie de características, expectativas y oportunidades, -dependiendo del sexo biológico- de acuerdo con la apropiación o la identificación que cada persona hace de éstas. Este sistema sexo-género conforma nuestra vida cotidiana, la manera en que hablamos, vestimos, caminamos, reímos, si acaso lloramos y donde guardamos nuestro llanto, si lo compartimos en público o lo hacemos en privado.



las familias, la escuela, la religión, el Estado y aquellas instancias gubernamentales de procuración de justicia y de protección social (Inmujeres 2010: 16).

Es indispensable abordar desde la perspectiva de género y los Derechos Humanos, el análisis de la compleja estructura de violencia y su impacto en la salud mental de las mujeres.

Además, es importante subrayar que los Derechos Humanos son capacidades, privilegios, intereses y bienes de carácter civil, político, económico, social y cultural, que poseen las personas por el simple hecho de serlo; y tienen como finalidad el acceso a una vida digna y proteger el bienestar de todas las personas (Inmujeres D.F. 2012: 35).

Los Derechos Humanos son parte de la obligación de los Estados de respetar, proteger y cumplir la integridad de los individuos, por lo tanto, también deben de prevenir, erradicar y castigar la violencia contra las mujeres y las niñas. Con base en estas obligaciones, la violencia contra la mujer se reconoce como una violación de muchos Derechos Humanos: el derecho a la vida, la libertad, la autonomía y la seguridad de la persona; el derecho a la igualdad y la ausencia de discriminación; el derecho a no ser víctima de torturas ni de tratamientos o castigos crueles, degradantes o inhumanos; el derecho a la privacidad; y el derecho a gozar del máximo estándar de salud que se pueda lograr.

Estos Derechos Humanos están consagrados en los tratados internacionales y regionales, y en las constituciones y las leyes nacionales que estipulan las obligaciones de los Estados e incorporan los mecanismos de responsabilidad de los mismos.

La Conferencia Mundial de los Derechos Humanos, celebrada en Viena en 1993, y la IV Conferencia Mundial de la Mujer de la ONU, celebrada en Beijing en 1995, situaron a la violencia de género como una de las preocupaciones generales de todos los países, que debían asumir su compromiso hacia los derechos fundamentales de las mujeres. La I Conferencia Mundial sobre las Mujeres, celebrada



en México en 1975, había abordado ya el conflicto dentro de la familia, pero no lo había tratado a profundidad. La II Conferencia Mundial de las Mujeres, que tuvo lugar en Copenhague en 1980, aprobó una resolución específica con el título “La mujer maltratada y la violencia familiar”, teniendo en cuenta de forma específica este problema. A su vez, las estrategias acordadas en la III Conferencia Mundial celebrada en Nairobi en 1985, señalaba la necesidad de acabar con la violencia de género, considerándola un obstáculo para alcanzar los retos planeados en la Conferencia de México en 1975, es decir, la igualdad, el desarrollo y la paz (Hernández y Rodríguez 1999:26).

En esencia, estas conferencias señalan que las mujeres y hombres tenemos los mismos derechos, pero desafortunadamente en la práctica esto no sucede, ya que en el caso de las mujeres, las oportunidades para ejercerlos son más difíciles por el simple hecho de ser mujeres. Por eso es indispensable abordar la teoría de género articulada con los derechos humanos, como un marco general que otorga la posibilidad de analizar la compleja estructura de la violencia y su impacto en la salud mental de las mujeres, ya que el reconocimiento de los derechos humanos de las mujeres ha sido una lucha de muchos años y continúa aún en nuestros días.

Existen legislaciones internacionales que se han constituido para obligar a los Estados a implementar medidas de protección contra la violencia hacia las Mujeres como la “*Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*” (CEDAW), “*Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y erradicar la Violencia contra la Mujer*” (Belém do Pará), “*Declaración y Plataforma de Acción de Beijín*” (Beijín +20), y en el caso de México, se creó en el año 2007 la “*Ley General De Acceso De Las Mujeres A Una Vida Libre De Violencia*”.

Debido a que la violencia contra las mujeres es un fenómeno social multicausal y con serias repercusiones en todos los ámbitos sociales, como facilitadoras (res) debemos llevar a cabo procesos de reflexión y de análisis que nos permitan,



cambiar y transformar aquellos modelos culturales machistas y misóginos que normalizan cualquier acto de violencia contra las mujeres.

II.2 Violencia contra las mujeres.

En la Ciudad de México cobran relevancia los datos sobre la violencia en el ámbito público o comunitario. De acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH, 2006), 60 de cada 100 mujeres de 15 años y más declararon haber sido agredidas en el entorno comunitario: calle, cines, deportivos, casas ajenas, con lo cual el Distrito Federal aparece como la entidad con mayor proporción de este tipo de violencia, seguida por el Estado de México, con 55% de mujeres que señalan haber padecido violencia en el ámbito público (*Programa General De Igualdades Y No Discriminación Hacia Las Mujeres de la Ciudad de México. 2013-2018*). La violencia contra las mujeres no es un problema nuevo, es un problema de salud pública demostrado por los alarmantes aumentos en las tasas regionales de mortalidad, morbilidad y discapacidad, así como por los abrumadores años de vida potencialmente perdidos y sus efectos psicosociales en las poblaciones.

Un grave problema de la violencia en los espacios públicos es el anonimato y la impunidad de los agresores; en la Ciudad de México, 95.6% de las mujeres fueron atacadas por un desconocido, lo que entraña serios problemas para la denuncia y el eventual castigo a los agresores.

En el caso de las mujeres, las características que su sexo les determina, y que se identifican en la llamada “condición femenina” (Quiroz, 2005), han sido utilizadas a través de la historia como pretexto para otorgar a la mujer un trato discriminatorio e inequitativo respecto de los varones. Sin embargo, tanto la discriminación por cuestiones de género, como las relaciones de violencia son un producto social que se genera y perpetúa en la familia, a partir de la conformación de una estructura jerárquica que se da en su exterior; un ejemplo de ello es la crianza de los niños varones, ya que a estos se les permite ejercer el control sobre los



demás, incluso a través de la violencia, mientras que a las niñas se les enseña a ser sutiles, dedicadas y obedientes.

La violencia contra las mujeres, entre otros factores, es propiciada por la reproducción de una estructura del sistema patriarcal, en el cual se generan relaciones de dominación, sometimiento simbólico y físico de los hombres contra las mujeres; provocando un aumento en el impacto en la salud mental de las mujeres que sufren violencia.

Alfonso (2015) sostiene que “el patriarcado es la primera estructura de dominación y de subordinación de la historia, siendo así un sistema básico de opresión presentado en la actualidad problemas de equidad de género debido a los patrones socioculturales que tratan de enmarcar la vida de las mujeres, los cuales imitan y trasgreden sus derechos humanos”. (p.24)

De la misma manera el Inmujeres (2010) sustenta que las mujeres que sufren violencia entren en una situación de alerta para no permitir más golpes y romper con el estado de opresión del que habían sido sujetas a través de la historia, las mujeres que detectan esta alerta tienden a ir a grupos, para trabajar y buscar ayuda.⁶

⁶Recuperado de: Manual conceptual y metodológico para el trabajo grupal con mujeres desde la perspectiva de género. 2010, p. 65.

El trabajo grupal como una alternativa de reflexión posibilita el cambio, que permite a las mujeres, reír, ser creativas, sentirse acompañadas, escuchadas y valoradas frente a ellas mismas y frente a sus compañeras, estableciendo vínculos de reconocimiento, compromiso, solidaridad, sororidad, complicidad y respeto.

El trabajo grupal con mujeres, es una herramienta pedagógica inacabada, que permite detonar diferentes procesos, encaminados al sostenimiento de las mujeres, que buscan un sentido y transformación estructural en sus vidas. De ahí, que el Inmujeres D.F., implementa diversas metodologías grupales a fin de generar y/o fortalecer procesos de empoderamiento.



La violencia contra las mujeres, en sus diferentes expresiones, es una de las violaciones a los Derechos Humanos con mayor tolerancia social, pues ésta se expresa y consolida en la relación desigual que existe entre hombres y mujeres (Quiroz, 2005). Esta es una forma de violencia específica y selectiva según el género de las personas, la cual afecta de diversas maneras a sus víctimas, pero en todos los casos perturba su salud, seguridad y autonomía.

La violencia contra las mujeres está basada en la desigualdad entre los géneros. Esta violencia es parte de un sistema de opresión que coloca a las mujeres en un lugar de desventaja social, cultural, política y económica, y en su vínculo relacional, delante de aquellos a los que se les ha encargado su tutelaje y control. La violencia contra las mujeres es la forma a través de la que se ha tratado de perpetuar el sistema de jerarquías impuesto por la cultura patriarcal y que está dirigida hacia las mujeres con el objeto de mantener o incrementar su subordinación. (Palma 2009: 14)

Como se ha señalado en la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer⁷: “la violencia contra la mujer constituye una manifestación de relaciones de poder históricamente desiguales entre el hombre y la mujer que han conducido a su dominación y a la discriminación en su contra por parte del hombre como uno de los mecanismos sociales fundamentales por los que se fuerza a la mujer a una situación de subordinación” (Organización de las Naciones Unidas, 1993)

La violencia contra las mujeres es un delito que atenta contra los Derechos Humanos de las Mujeres y tiene serias repercusiones a nivel, personal, familiar, social y cultural. *La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia* se creó en el año 2007 y en ella se clasifican ocho modalidades de violencia: la psico-emocional, la física, la patrimonial, la económica, la sexual, la vio-

⁷La Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer el 20 de Diciembre de 1993.



lencia contra los derechos sexuales y reproductivos, y la violencia feminicida (In-mujeres 2010:36).

De acuerdo con esta ley, las modalidades de violencia se definen como:

- Violencia psico-emocional

Es toda acción u omisión dirigida a desvalorar, intimidar o controlar comportamientos y decisiones, consistente en prohibiciones, coacciones, condicionamientos, intimidaciones, insultos, amenazas, celotipia, desdén, indiferencia, descuido reiterado, chantaje, humillaciones, comparaciones destructivas, abandono o actitudes devaluatorias, o cualquier otra, que provoque en quién la recibe alteración auto cognitiva y auto valorativa que integran su autoestima, o alteraciones en alguna esfera o área de su estructura psíquica.

- Violencia física

Este tipo de violencia es el más visible, pues suele dejar secuelas físicas que van desde moretones y rasguños hasta pérdida de miembros, hospitalización y la muerte en casos extremos. Se caracteriza por maltrato físico como golpes, pellizcos, empujones, cortes, azotes, entre otros.

- Violencia patrimonial

Se refiere a toda acción u omisión que ocasiona daño o menoscabo en los bienes o inmuebles de la mujer y su patrimonio; también puede consistir en la sustracción, destrucción, desaparición, ocultamiento o retención de objetos, documentos personales, bienes o valores, o recursos económicos.

- Violencia económica

Implica toda acción u omisión que afecta la economía de la mujer, a través de limitaciones encaminadas a controlar el ingreso de sus percepciones económicas, en la restricción, limitación y/o negación injustificada para obtener recursos eco-



nómicos, percepción de un salario menor por igual trabajo, explotación laboral, exigencia de exámenes de no gravidez, así como la discriminación para la promoción laboral.

- Violencia sexual

Es toda acción u omisión que amenaza, pone en riesgo o lesiona la libertad, seguridad integral y desarrollo psicosexual de la mujer, como miradas o palabras lascivas, hostigamiento, prácticas sexuales no voluntarias, acoso, violación, explotación sexual comercial, trata de personas para la explotación sexual o el uso denigrante de la mujer.

- Violencia contra los Derechos reproductivos.

Supone toda acción u omisión que limite o vulnere el derecho de las mujeres a decidir libre y voluntariamente sobre su función reproductiva, en relación con el número y espaciamiento de los hijos, acceso a métodos anticonceptivos de su elección, acceso a una maternidad elegida y segura, así como el acceso a servicios de aborto seguro en el marco previsto por *La Ley Para La Interrupción Legal Del Embarazo*, a servicios de atención prenatal así como a servicios obstétricos de emergencia.

- Violencia feminicida

Es toda acción u omisión que constituye la forma extrema de violencia contra las mujeres producto de la violación de sus derechos humanos y que puede culminar en homicidio u otras formas de muerte violenta de mujeres.



De acuerdo con la misma Ley muestran los siguientes tipos de violencia en diversas modalidades:

I. Violencia familiar

Es aquella que puede ocurrir dentro o fuera del domicilio de la víctima por parte de la persona agresora con la que tenga o haya tenido parentesco, por con sanguinidad o por afinidad, derivada de concubinato matrimonio o sociedad de convivencia.

II. Violencia laboral

Aquella que ocurre en cuanto se presenta la negativa a contratar a la víctima o a respetar su permanencia o condiciones generales de trabajo; la descalificación del trabajo realizado, las amenazas, la intimidación, las humillaciones, la explotación y todo tipo de discriminación por condición de género.

III. Violencia docente

Es aquella que puede ocurrir cuando se daña la autoestima de las alumnas o maestras con actos de discriminación por su sexo, edad, condición social, académica, limitaciones y/o características físicas, que les infligen maestras o maestros.

IV. Violencia en la comunidad

Es aquella cometida de forma individual o colectiva, que atenta contra su seguridad e integridad personal y que puede ocurrir en el barrio, en los espacios públicos o de uso común, de libre tránsito o en inmuebles públicos propiciando su discriminación, marginación o exclusión social.



V. Violencia institucional

Son los actos u omisiones de las personas con calidad de servidores públicos que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los Derechos Humanos de las mujeres, así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia.



II.3 Violencia y salud mental de las mujeres.

Sabemos que la violencia se expresa en forma de conductas abusivas, físicas, sexuales, económicas y psicológicas o emocionales, por lo que el tipo de violencia psicológica no es tan evidente como la física, pero es también muy dañina, sobre todo porque a veces ni siquiera la víctima suele detectar que está sometida a ella; quien sufre este tipo de violencia en verdad cree que no es merecedor/a de respeto y amor. A la vez, se vuelve sumamente dependiente de su verdugo/a, y cree que le está haciendo un enorme favor al permanecer a su lado, pues se siente malo/a y despreciable (Guzmán y Bolio, 2010). El agresor que utiliza este método es hábil para manipular los pensamientos y los sentimientos de su víctima, y sabe en qué momento soltar el comentario para causar el mayor daño posible (Palma, 2009). Este tipo de acciones propicia que la víctima entre en una etapa de confusión y aceptación, provocando así que no denuncie al agresor, además de presentar consecuencias psicológicas que suelen manifestarse en forma de ansiedad y la sensación de temor, pesadillas, síntomas depresivos como la apatía, la pérdida de la esperanza, inseguridad, sentimiento de culpa, depresión, baja autoestima y aislamiento social, los cuales tienden a manifestarse si la violencia se presenta de forma frecuente.

De igual manera, la violencia de género tiene consecuencias graves para la salud y el bienestar de las mujeres como lesiones físicas, síndrome de dolor crónico, trastornos gastrointestinales, complicaciones durante el embarazo, abortos en lugares clandestinos para los países en desarrollo, la disminución de la productividad laboral y de los ingresos, y las menores tasas de acumulación de capital humano y social (Alfonso, 2015). Es importante mencionar que las consecuencias que viven las mujeres víctimas de violencia pueden llegar a actos finales y fatales como homicidios, y suicidios.



De acuerdo con Alfonso (2015), la violencia psicológica presente en cualquier forma de violencia, lacera la autoestima de las mujeres y las inmoviliza para buscar ayuda.

La baja autoestima propicia que las mujeres que fueron víctimas de violencia no confíen en las instituciones que podrían acompañar el proceso de sobrevivencia y que no consideren la denuncia como la mejor alternativa. Las mujeres temen a las represalias y a el entorno donde se encuentra el agresor, y algunas instituciones no comprenden el miedo de las mujeres atrapadas en las situaciones de violencia, e incluso algunos representantes de éstas, creen que “a las mujeres les gusta”, “...son masoquistas” (Alfonso 2015:14).

La Organización Mundial de la Salud (2014) reporta que la violencia contra las mujeres tiene serias consecuencias físicas y psicológicas. Entre las consecuencias físicas están las lesiones abdominales y torácicas, moretones e hinchazón, síndromes de dolor crónico, discapacidad, fibromialgia⁸, fracturas, trastornos del aparato digestivo, síndrome del intestino irritable, desgarros y abrasiones, lesiones oculares.

Las consecuencias psicológicas y de comportamiento son: abuso del alcohol y otras drogas; depresión y ansiedad; trastornos de los hábitos alimentarios y del sueño; sentimientos de vergüenza y culpabilidad; fobias y trastorno por pánico; inactividad física; poca autoestima; trastornos por estrés postraumático; trastornos psicósomáticos; hábito de fumar; comportamiento suicida; daño auto infligido; y comportamiento sexual riesgoso.

⁸ “La fibromialgia es un trastorno que causa dolores musculares y fatiga. Las personas con fibromialgia tienen dolor y sensibilidad en todo el cuerpo” (NIH, 2014).



En los últimos años, en México se han incrementado en las mujeres el consumo de alcohol, tabaco y sustancias farmacológicas como los antidepresivos. Y en el caso de aquellas mujeres que además viven situaciones de violencia, la probabilidad de presentar estados depresivos crónicos aumenta considerablemente en comparación con las que no viven tal situación (Valdés y Juárez, 2009).

Hablar de la salud mental nos remite a pensar en diversas manifestaciones en las que intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales, entre ellas, la forma en la que nos comportamos, cómo nos relacionamos con los demás, la vivencia con nuestra familia, entre otros aspectos, todo esto de manera “sana” o “equilibrada”, pero si reflexionamos qué es sano y equilibrado encontraríamos un sin fin de respuestas dadas por muchos autores. Para la propia Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), la Salud Mental se resume en el bienestar que permite al individuo enfrentarse a la vida cotidiana de manera fructífera; no obstante, para tener un panorama más amplio es importante precisar más a detalle las definiciones que enmarcan este término.

La Salud Mental incluye equilibrio interno, coherencia, capacidad para ponerse en el lugar del otro, aceptación del rol, tomar al otro como un objeto total, dar y recibir afecto, tener confianza en sí mismo, seguridad y confianza en el otro (Bohoslavsky 1971:35).

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2005), la salud mental es un aspecto de la salud integral, inseparable del resto, y se refiere no solamente a la ausencia de enfermedades y trastornos mentales, sino también al ejercicio de las potencialidades para la vida personal y la interacción social, que son inherentes a la naturaleza de la persona y condicionan su bienestar. Una actitud mental equilibrada permite afrontar de manera más eficaz el estrés de la vida cotidiana, realizar un trabajo fructífero y hacer aportaciones positivas a la comunidad.



En todos estos conceptos se puede ver que la Salud Mental se asocia al equilibrio entre la persona y el entorno socio-cultural para alcanzar un bienestar de manera integral. Es importante mencionar las problemáticas que afectan la salud mental de las personas, y para ello es esencial que las y los individuos trabajen de manera emancipatoria sobre sus propias necesidades y puedan acceder a una vida libre de violencia para obtener una mejor calidad de vida.

La atención a la salud mental es primordial para que las personas se atiendan y tomen acciones de manera conjunta tanto con el personal de salud como con ellas mismas o sus familiares.



III. Promoción de la Salud

En este apartado se construye un marco general respecto a la Promoción de la Salud. Inicia con las diferentes definiciones que han surgido en cuanto al concepto Promoción de la Salud. Del mismo modo, se mencionan los modelos del proceso salud-enfermedad, en donde se identifica la importancia del enfoque de empoderamiento aplicado en las mujeres que sufren violencia de género.

III.1 Definición

En 1946, el alemán Henry Singerist fue el primero en usar el término promoción de la salud, precisando que la salud se promueve proporcionando un nivel de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación, ejercicio físico y los medios de descanso y recreación (Promoción de la Salud, 2016). Singerist usó este término para hacer referencia a las acciones basadas en la educación sanitaria por un lado, y a las acciones del Estado para mejorar las condiciones de vida, por el otro.

El programa de Salud propuesto por Singerist consiste en:

- 1.- Educación libre para toda la población, incluyendo educación en salud.
- 2.- Mejores condiciones posibles de trabajo y de vida para la gente.
- 3.- Mejores medios de recreación y descanso.
- 4.- Un sistema de instituciones de salud y de personal médico accesible para todo el mundo, responsable por la salud de la población, listo y capaz de aconsejar y ayudar a mantener la salud y su restauración cuando la prevención ha fallado.
- 5.- Centros médicos de investigación y capacitación.



Por otra parte, Gutiérrez (citado en Ceneznia, 2006:29) define a la promoción de la salud como “el conjunto de actividades, procesos y recursos de orden institucional, gubernamental o de ciudadanía, orientados a propiciar la mejora en las condiciones de bienestar y acceso a los bienes y servicios sociales, que fortalezcan el desarrollo de conocimientos, actitudes y comportamientos propicios para el cuidado de la salud y el desarrollo de estrategias que permitan a la población un mayor control sobre su salud y sus condiciones de vida, en el nivel individual y colectivo”.

Otra definición de Promoción de la Salud indica que “es el desarrollo de estrategias de confrontación no medicalizadas y no adictivas, con una comprensión de nosotros mismos y de nuestros cuerpos según la cual nuestros cuerpos no son únicamente entidades biológicas, sino entidades sociales, con factores que influyen en la salud de la persona”(Kickbusch , citado en Giraldo 2001:26).

Tomando en cuenta estas definiciones anteriores, cabe decir que la promoción de la salud es el arte de proveer a las personas los elementos necesarios para mejorar sus condiciones de vida y llevar a la práctica acciones que les permitan mejorar su salud. Asimismo tiene una mirada interdisciplinaria capaz de fortalecer las habilidades y las capacidades de los individuos; además de modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual.



III.2 Conferencias Internacionales de la Promoción de la Salud.

Desde hace más de tres décadas se han realizado varias conferencias de Promoción de la Salud, en las cuales se han establecido ciertas líneas de acción para mejorar de manera integral las condiciones de salud de la población a partir de estrategias en el ámbito de políticas públicas. A continuación se detalla cada una de ellas y su relación con el presente informe.

La primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud se realizó en noviembre de 1983 en la ciudad de Ottawa, Canadá, donde se planteó el objetivo de Salud para todos en el año 2000. Fue una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo. Si bien las discusiones se centraron en las nuevas necesidades de los países industrializados, se tuvieron también en cuenta los problemas que dañan a las demás regiones.

En esta conferencia se estableció que la Promoción de la Salud consiste en “promocionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control. Para alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de adaptarse al medio ambiente”. En dicha conferencia se definieron cuatro grandes líneas de acción:

1. La elaboración de una política pública sana.
2. La creación de ambientes favorables.
3. El reforzamiento de la acción comunitaria.
4. El desarrollo de aptitudes personales y la reorientación de los servicios sanitarios.

Sobre la creación de ambientes favorables, se ha dicho que: “la promoción de la salud debe preocuparse por evaluar los efectos del medio sobre la salud, así como garantizar que el efecto sea lo más positivo posible. La protección de los medios naturales y artificiales y de la conservación de los recursos naturales debe



recibir una mayor atención en toda la estrategia de Promoción de la Salud” (Secretaría de Salud, 2015).

En la misma conferencia se considera que la Promoción de la Salud plantea una acción concreta y práctica de la comunidad en la fijación de prioridades, en la toma de decisiones, en la elaboración de estrategias, de planificación y en la ejecución de dichas estrategias, todo con el propósito de mejorar el nivel de salud. Los participantes de la conferencia a favor de la promoción de la salud se comprometieron ante la comunidad, a reconocer a través de estrategias lo que más le conviene sobre la salud de la población. La Promoción de la Salud debe de incidir en el desarrollo individual y social ofreciendo información, asegurando la educación para la salud y perfeccionando las aptitudes para la vida.

En la Segunda Conferencia de Promoción de la Salud celebrada en Adelaida, Australia en el año 1988, sobre políticas públicas a favor de la salud, se destacaron las estrategias descritas en la Carta de Ottawa y el fortalecimiento del desarrollo de políticas públicas favorables para la salud, en donde la acción comunitaria se enfatizó como herramienta esencial para potenciar a la Promoción de la Salud y, donde se definió Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1988), como “política saludable a aquella que se propone crear un ambiente sano para que la gente pueda disfrutar de una vida saludable.”

De acuerdo con el documento emitido en Adelaida, fueron identificadas como prioritarias las siguientes áreas de acción (*HealthyPublicPolicy*, 1988):

- Apoyo a la mujer. Cabe mencionar que por ser uno de los grupos vulnerables es importante dar prioridad a las necesidades de esta población.
- Mejoramiento de la seguridad e higiene alimentaria. Esta es un cuadro básico para cualquier ser humano y es fundamental que se tenga la seguridad higiénica para el bienestar de todos.
- Reducción del consumo del tabaco y el alcohol.



- La creación de ambientes saludables. Nuestro entorno es indispensable para nuestra sobrevivencia y el que se encuentre en óptimas condiciones permite que contemos con una mejor calidad de vida.

La Tercera Conferencia, realizada en Sundsvall, Suecia, en 1991, se enfocó en la importancia del desarrollo sostenible y reclamó la acción social en el ámbito comunitario y con las personas involucradas en su desarrollo (*DocumentResultingFromTheThird International*, 1991).

La creación de ambientes favorables a la salud se convirtió en el tema central de la Conferencia de Sundsvall. Fueron señalados como factores perjudiciales a la salud: los conflictos armados, el rápido crecimiento de la población, la alimentación inadecuada, la falta para la autodeterminación y la degradación de los recursos humanos.

Es evidente que todos estos factores alteran nuestra salud de manera integral, tanto física, psicología y social, y nos predisponen al deterioro de nuestra calidad de vida como consecuencia de las alteraciones que pueden ocasionarnos en la vida cotidiana.

Fue en Yakarta, Indonesia (1997), donde se celebró la Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Esta fue la primera de las cuatro conferencias que se realizaron en un país subdesarrollado.

La evidencia presentada en la Conferencia de Yakarta, y la experiencia recogida durante las décadas anteriores, mostró que las estrategias de Promoción de la Salud contribuyen al mejoramiento de la salud y la prevención de enfermedades, tanto en los países desarrollados como en los subdesarrollados.



Cinco prioridades fueron identificadas en la declaración de Yakarta, las cuales, a su vez, fueron confirmadas el siguiente año en la resolución sobre Promoción de la Salud adaptada por la Asamblea Mundial de la OMS, en mayo de 1998:

- Promover la responsabilidad social por la salud
- Aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud
- Consolidar y ampliar las alianzas estratégicas en promoción de la salud
- Ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo
- Consolidar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud

Se establecen los compromisos políticos de los gobiernos a favor de la Promoción de la Salud, se ubica ésta como estrategia central en las políticas y programas nacionales de desarrollo y se realizan los lineamientos para la elaboración de planes nacionales de acción para su fortalecimiento.

La diferencia de esta conferencia con las anteriores, fue la participación de ministros de salud, autoridades de otros sectores (educación, medio ambiente, transporte, desarrollo social), líderes mundiales de opinión, medios de comunicación, sector privado, organismos no gubernamentales. Esta conferencia mostró, con experiencia concreta, el valor de incorporar estrategias de Promoción de la Salud en las políticas de desarrollo social y en la obtención de productos concretos.

La Quinta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud se realizó en México en el año 2000. Dentro de las prioridades consideradas en esta conferencia, están las siguientes:

- La identificación y el establecimiento de programas y políticas públicas sanas para atender las necesidades primarias de salud.
- El apoyo a la investigación que promueva los conocimientos anteriormente determinadas.



- La movilización de recursos financieros y operacionales a fin de crear capacidad humana e institucional para la elaboración, la aplicación, la vigilancia y la evaluación de planes de acción de ámbito nacional.

Los objetivos de esta conferencia fueron demostrar que la Promoción de la Salud mejora la salud y la calidad de vida de las personas que viven en condiciones adversas, dar alta prioridad a la salud en el programa de desarrollo de los organismos internacionales, nacionales y locales, y finalmente, fomentar los vínculos de asociación en pro de la salud entre diferentes sectores en todos los niveles de la sociedad.

El resultado de esta conferencia fue la declaración de México, la cual fue avalada con las firmas de todos los ministros de salud, en la que se destaca la contribución de las estrategias de Promoción de la Salud a la sostenibilidad de las acciones locales, nacionales e internacionales en materia de salud (Sistema de Asesoramiento y Recursos en Educación para la Salud, 2002).

La Sexta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, realizada en Bangkok, Tailandia, en agosto de 2005, estuvo orientada a la mayor participación en los esfuerzos para la Salud Mundial.

Esta conferencia contó con la participación de más de 100 países y aproximadamente 700 expertos de salud pública. El documento final de la conferencia es la carta de Bangkok para la Promoción de la Salud.

Dicha conferencia muestra los principales desafíos para abordar los determinantes de la salud en un mundo globalizado y pide que un mayor número de interesados directos se comprometan con las iniciativas para lograr la salud para todos.



La carta aboga por la mayor coherencia en las políticas para la Promoción de la Salud y mayor colaboración entre gobiernos, organismos internacionales, sociedad civil y sector privado. También estipula que sus iniciativas deben concentrarse en cuatro objetivos clave:

- Garantizar que la Promoción de la Salud sea esencial en el programa mundial para el desarrollo.
- Hacer que la Promoción de la Salud sea una responsabilidad primordial de los gobiernos.
- Incluir la Promoción de la Salud como una buena práctica corporativa.
- Fomentar la Promoción de la Salud como objetivo fundamental de las actividades de la comunidad y la sociedad civil (Organización Panamericana de la Salud, 2002).

La Séptima Conferencia Mundial de Promoción de Salud, realizada en Nairobi, Kenia, en octubre del 2009, fue dirigida por la Organización Mundial de la Salud, donde se consideró que la Promoción de la Salud requiere un sistema eficaz de salud y un sistema que tiene un alcance universal, fuerza de trabajo adecuada, y mecanismos de participación comunitaria. El fortalecimiento de los sistemas de salud es, por lo tanto, una estrategia clave y prioritaria para la Promoción de la Salud.

Por otro lado, en esta conferencia se acordó que la Promoción de la Salud se alinea estrechamente y refuerza para llevar las reformas en los sistemas de salud basados en la renovación de atención primaria de salud, como se establece en el Informe Mundial de la Salud 2008.

Sus principales ejes fueron los siguientes:

- Empoderamiento de la comunidad
- Salud de alfabetización y los comportamientos de salud
- Fortalecimiento de los sistemas de salud
- Alianzas y la acción intersectorial
- Creación de capacidades para la Promoción de la Salud



La Organización Mundial de Salud (2010) afirma que esta conferencia cerró con la aprobación y la declaración de la convocatoria a la Acción de Nairobi, la cual hace partícipe a más de 600 habitantes de todo el mundo. Esta convocatoria tiene como puntos centrales el uso de varios procesos de participación, la llamada a la acción identifica las principales estrategias y compromisos que requieren para concluir.

La Octava Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud se celebró en Helsinki, Finlandia, en el año 2013, basada en acciones intersectoriales y política pública saludable como elementos centrales para la promoción de la salud, el logro de la equidad de salud y la realización de la salud como un derecho humano. En esta declaración los participantes se comprometen con la equidad en salud, y el reconocimiento del más alto nivel de salud como un derecho fundamental de todo el ser humano; asimismo, con la reducción de la pobreza, inclusión social, salud y seguridad.

Dicha conferencia tuvo como objetivo primordial la salud en todas las políticas para buscar sinergias y evitar impactos nocivos en la salud con el fin de mejorar la salud de la población y la equidad en salud.

Con base en las conferencias internacionales de Promoción de la Salud revisadas anteriormente, se puede señalar que no existe mucho interés en el enfoque hacia la salud física y mental de las mujeres. Así pues, a pesar de que la primera conferencia internacional realizada en Ottawa (1983) plantea mejorar la salud y ejercer un mayor control para alcanzar el bienestar físico, mental y social de los individuos, no pone énfasis en el enfoque a la salud de las mujeres. Por otro lado, en relación con la violencia contra las mujeres, y su salud física y mental, únicamente la segunda conferencia internacional llevada a cabo en Adelaida (1988), identificó a las mujeres como un grupo vulnerable, dándole prioridad a las necesidades de esta población.



III.3 La importancia de la prevención de enfermedades y la Promoción de la Salud.

A continuación se mencionará la importancia de la prevención de enfermedades y promoción de la salud.

El enfoque de la Promoción de la Salud busca modificar las condiciones de vida de la población para que las y los individuos tengan una vida digna y adecuada; la promoción de la salud se dedica a la transformación de los procesos individuales y de toma de decisiones para que la salud de cada individuo sea de calidad (Gutiérrez, 1997). En cuanto a la prevención de las enfermedades, se orienta a las acciones de detención, control y debilitación de los factores de riesgo o factores causantes de conjuntos de enfermedades o de una enfermedad específica; su base es la enfermedad y los mecanismos para atacarla mediante el impacto sobre los factores más íntimos que la generan o la aceleran.

Sobre los objetivos de la prevención y la promoción de la salud, hay una gran diferencia entre éstos, ya que la prevención únicamente evita la enfermedad y la ausencia de enfermedades, mientras que la Promoción de la Salud se enfoca en hacer recomendaciones sobre el mejoramiento de nivel de vida y de salud; por lo tanto, la ausencia de enfermedades no es suficiente, en todo caso la presencia de cualquier nivel de salud registrado en un individuo siempre conllevará algo que debe ser realizado para producir un mejor nivel de salud y condiciones de vida más satisfactorias (Gutiérrez, 1997).

A continuación se mencionan las definiciones siguientes.

Prevenir. Tiene el significado de “preparar; llegar antes de; disponer de manera que evite el daño, impedir que se realice” (Ferreira, 1986). La prevención “exige una acción anticipada, basada en el conocimiento de la historia natural de la enfermedad, a fin de hacer improbable la acción de la enfermedad y la evolución natural de la misma (Leavell y Clark, 1976:17).



Es decir implica en más ámbitos clínicos y propende por la evitación de una enfermedad específica.

Promover. Tiene el significado de dar impulso a fomentar, originar, generar (Ferreira, 1986). Las estrategias de promoción, enfatizan la transformación de las condiciones de vida y de trabajo que conforman la estructura social subyacente a los problemas de salud, demandando un abordaje intersectorial (salud, educación, desarrollo económico y social, condiciones de trabajo, etc.) (Terris, 1990). Es decir la promoción implica, por su parte más acciones colectivas de imprescindible cooperación comunitaria, de un activismo social indiscutible, de liderazgo y de defensa del interés general.

Con las definiciones anteriormente mencionadas se puede concluir que la promoción y la prevención son complementarias y no excluyentes en la planificación de programas de salud, y la población se beneficia de las medidas adecuadas y equilibradamente propuestas en ambos campos.

III.4 Modelos del proceso Salud-Enfermedad

Existe una diversidad de modelos que tratan de explicar el proceso de salud-Enfermedad. En este documento sólo se mencionarán cuatro modelos: 1) el hegemónico o biomédico, 2) el de estilos de vida, 3) el histórico-social y, 4) el empoderante.

De estos cuatro modelos, el que tiene una estrecha relación con el tema de violencia contra las mujeres es el de empoderamiento, el cual más adelante se detallará.



1) Modelo hegemónico o biomédico

El modelo hegemónico es un concepto propuesto por Eduardo L. Menéndez instituido en países europeos y americanos a mediados del siglo XIX, mismo que se caracteriza porque los médicos han utilizado métodos basados en la experimentación y la observación rigurosa para identificar las causas de las enfermedades. El desarrollo de la medicina científica basada en estos métodos, se produjo en tres frentes principales: la búsqueda de la alteración anatómica subyacente de la enfermedad, la indagación de las alteraciones del organismo y, finalmente, la investigación etiológica dirigida a la búsqueda de los microorganismos causantes de la enfermedad (Rodríguez, 2006).

Este modelo se desarrolla más en el siglo XX, debido a los avances médicos como cirugías, tratamientos para enfermedades infectocontagiosas, medidas preventivas y programas de salud pública. La participación del médico consiste en explicar los síntomas y las molestias del enfermo a través de una alteración anatómica, de un desorden fisiopatológico de las respuestas a la invasión por un microorganismo para intentar, de esta forma, corregir la anomalía mediante la administración de un fármaco que controle la alteración funcional o destruya el microorganismo, o la manipulación quirúrgica de la alteración anatómica, y en algunos casos también de la alteración funcional. Es sin duda alguna responsabilidad de los expertos de salud.

No obstante, hace suponer al personal de salud que los únicos responsables de enfermar son las personas, debido a que no toma medidas preventivas ni lleva a cabo hábitos saludables. De alguna manera, en ocasiones esto es cierto, sin embargo, también es responsabilidad de las instituciones de salud, trabajar la prevención y la promoción de la salud para que los individuos tomen sus decisiones con respecto a mantener una vida saludable.



Este modelo ve al individuo desde una visión meramente biológica y no contempla otros aspectos que pudieran prevalecer en la aparición de la enfermedad, como los factores emocionales o sociales que influyen en los determinantes de la salud de la población.

2) Modelo de estilos de vida

En 1973 el canadiense Laframboise, sentó las bases del modelo que identifica la salud como algo más que la ausencia de enfermedad; se considera como algo que resulta de la interacción de un conjunto de factores: los estilos de vida, el medio ambiente, el sistema de cuidados de la salud y la biología. Más tarde, en 1974, el entonces ministro de salud de Canadá, Lalonde, lo utilizó como base de la política de salud de su país. Con la aplicación de este modelo fue posible determinar probalísticamente los factores de riesgo de las enfermedades crónicas; este enfoque fue de gran aceptación sobre todo por considerarse como un modelo holístico en el cual confluían todos los determinantes conocidos hasta el momento del proceso salud enfermedad (Rodríguez 2006:27).

A principios del siglo XXI, este modelo comienza a impactar en nuestro país con los programas de Prevenir-IMSS y Prevenir-ISSSTE, los cuales hacen énfasis en que los individuos sean responsables de su propia salud y adopten estilos de vida saludables para prevenir la enfermedad. Desde 2005 la Organización Mundial Salud ha impulsado especialistas en el ámbito de las enfermedades crónico-degenerativas, donde se ha destacado un alto índice de morbi-mortalidad, sobre todo con las patologías surgidas por la obesidad; desde esta perspectiva se dice que este índice puede disminuir si la población adopta estilos de vidas más saludables.

Los humanos, desde pequeños, van adquiriendo hábitos y conductas que poco a poco integran lo que será su estilo de vida. Por ello, es muy importante promover en todas las etapas de la vida, la adopción de hábitos que los lleven a



construir estilos de vida saludables de los cuales forman parte: una alimentación correcta, descanso, actividades físicas, actividades recreativas, responsabilidad personal, hábitos de higiene y prevención, cuidado del ambiente y una actitud mental positiva, esta última, es fundamental en el desarrollo de la salud mental de las mujeres víctimas de violencia.

La demostración de vida saludable y la formación que promueva el adulto son las herramientas que le permitirán optar por prácticas favorables de salud (Rodríguez, 2006)

3) Modelo histórico social

El modelo histórico-social se sustenta en la corriente llamada “pensamiento social”, que propone una práctica para el desarrollo de la promoción de la salud, la cual aborda una perspectiva que ha influido sustantivamente en el entendimiento de los “procesos de salud/enfermedad/atención” en América Latina (Rodríguez, 2006).

El pensamiento social ha influido en el surgimiento de una forma diferente de ver la Promoción de la Salud y se ha considerado un referente básico para reflexionar sobre sus perspectivas y desafíos actuales. Desde esta perspectiva, el proceso salud/enfermedad/atención está determinado por las estructuras sociales que se expresan a través de la distribución desigual en el ingreso y en determinadas situaciones de género, raza, clase social, entre otras, que se constituyen como factores diferenciales que se reflejan de manera desigual en las condiciones de salud de la población. La forma como estos distintos factores se concretan en una sociedad determinada puede ser analizada desde la perspectiva de la respuesta social organizada frente al proceso salud/enfermedad/atención. Estos determinantes son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, na-



cional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (González de Haro, 2007).

4) Modelo Empoderante

Julian Rappaport, de la Universidad de Illinois, propone a finales de los años sesenta, un “modelo” distinto a los modelos anteriormente mencionados, con el nombre de empoderamiento. Este modelo pretende mejorar el bienestar y calidad de vida con la potenciación de recursos individuales, grupales y comunitarios. Esta idea parte de que el desarrollo de estos recursos genera nuevos entornos en los cuales las personas tienen una mayor capacidad para controlar por sí mismas su propia vida (Buelga, 2007).

Rappaport menciona el empoderamiento como la puerta de acceso a un amplio panorama de variables de estudio y de implicación comunitaria muy sugerentes tales como la salud mental, la intervención educativa, la competencia social, la participación, las redes y apoyo social así como los grupos de ayuda mutua (Buelga, 2007).

III.5 Enfoque de empoderamiento de Promoción de la Salud aplicado a las mujeres que sufren violencia de género.

Este enfoque de la promoción de la salud toma aspectos de la pedagogía de Paulo Freire (Freire, 1972), aparece principalmente como práctica de organizaciones civiles críticas y usualmente se encuentra vinculada a concepciones de salud hegemónicas enfocadas a la enfermedad, dentro de discursos críticos.

La promoción de la salud empoderante desarrolla en una persona la confianza y la seguridad en sí misma, en sus capacidades, en su potencial y en la importancia de sus acciones y decisiones para afectar su vida positivamente.



Green (2004) identifica ocho valores centrales de la concepción de promoción de la Salud en Ottawa, como derecho humano fundamental: equidad; consideración de lo social; ambiental y lo personal como influencias de la salud; empoderamiento; participación; responsabilidad social y trabajo en asociación con individuos, comunidades y organizaciones. De acuerdo con los ocho valores anteriormente mencionados, la promoción de la salud empoderante es la promoción indicada para trabajar con mujeres que fueron víctimas de violencia.

La promoción de la salud se define como el proceso de capacitar a las personas y a las comunidades para incrementar el control sobre las determinantes de salud y de ese modo mejorar su salud (Nutbeam, 1998). La propia definición de promoción de la salud implica el concepto de empoderamiento

La promoción de la salud empoderante define e inculca una forma ética “mediante la provisión de medios para que los sujetos valoren sus propios deseos actitudes y conductas en relación con los que les ofrecen los expertos en promoción de la salud” (Chápela, 2008, 341). Es importante señalar que la promoción de la salud empoderante tiene como finalidad que el sujeto entienda y reflexione sobre problemas propuestos, conformados o dirigidos desde el conocimiento experto que tienen que ver con la realidad vivida por el sujeto.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el empoderamiento como un proceso a través del cual la gente gana un mayor control sobre sus decisiones y acciones que afectan a su salud.

El término empoderamiento se refiere, en su sentido más general, a la habilidad de la gente para comprender y controlar las fuerzas personales, políticas, sociales y económicas para tomar decisiones que mejoren sus vidas (Zimmerman 1990: 26).



El empoderamiento individual se refiere principalmente a la habilidad del individuo para tomar decisiones y tener control sobre su vida personal.

El empoderamiento comunitario involucra a los individuos que actúan colectivamente para ganar una mayor influencia y control sobre los determinantes de salud y la calidad de vida en su comunidad, y es una meta importante en la acción de la comunidad para la salud (Nutbeam 1999:28).

El empoderamiento fue ampliamente abordado por las promotoras feministas en los años ochenta, cuando enriquecieron la educación popular con metodologías específicamente diseñadas para que las mujeres analizaran sus propias experiencias y comprendieran cómo se mantiene y reproduce su situación subordinada. (Dighe y Jain, 1989). Siendo así los talleres los espacios privilegiados para generar reflexiones, donde se ofrece a las mujeres un punto de encuentro con otras para que, desde el intercambio de experiencias y la reflexión colectiva, se den cuenta de que su vivencia personal está inscrita en un contexto social y puedan superar la sensación de aislamiento e inadecuación, asumiéndose como parte de un colectivo cuyos malestares tienen causas estructurales.

A partir de un estado de impotencia de “*yo no puedo*”, el empoderamiento contiene un elemento de confianza colectiva en sí mismas que tiene por resultado un sentimiento de “*nosotras podemos*” (Dighe y Jain 1989:22).

De acuerdo con las definiciones anteriores y a lo observado en mi servicio social, puedo decir que para algunas mujeres el elemento decisivo ha sido adquirir conciencia sobre lo injusto de sus condiciones de vida; en algunos casos, el proceso ha comenzado con su integración en un grupo solidario, y en otros casos, mediante su incorporación a una organización de mujeres dedicada a combatir la violencia de los hombres o a reivindicar los derechos sexuales y reproductivos.

El empoderamiento es un proceso de cambio personal y, en consecuencia, único y diferente para cada individuo porque cada quien tiene su propia experien-



cia de vida; asimismo, es un proceso fluido y dinámico, que cambia a medida que se modifican los contextos y las percepciones de las personas sobre sus propias necesidades e intereses vitales.

La elección de este enfoque se justifica porque permite generar procesos de mejoramiento de la situación y condición de las mujeres, y promueve nuevos valores democráticos de género. De esta manera, el empoderamiento elimina la opresión y construye alternativas basadas en el respeto y la vigencia de los derechos humanos de las mujeres como principios rectores de la vida social y la convivencia.

La instrumentación del enfoque del empoderamiento en las mujeres víctimas de violencia, las ayuda a analizar cómo quieren vivir y disfrutar de la independencia que desean; además, se liberan espacios sociales, eliminando usos y costumbres conservadoras y patriarcales, estableciendo prácticas basadas en el respeto y el despliegue de libertades.



IV. ACTIVIDADES REALIZADAS

En este apartado presentaré las actividades realizadas en los grupos “Por una vida libre de violencia”, así como de las sesiones individuales en los que participé de septiembre de 2014 a marzo del 2015, en la mayoría como observadora, excepto en una como facilitadora, formando parte de mis actividades como prestadora de servicio social en el Inmujeres D. F. Unidad Cuauhtémoc.

Descripción del grupo “Por una vida libre de violencia”

Este grupo tiene como objetivo consolidar un espacio red que posibilite conocer, reflexionar y actuar en torno a la violencia contra las mujeres tomando como escenario imprescindible la perspectiva de género.

Las actividades del taller se llevaron a cabo en las instalaciones del Inmujeres D.F. Unidad Cuauhtémoc, y consistieron en 12 sesiones semanales con una duración de dos horas cada una conducidas por una facilitadora con formación en psicología o Derecho dependiendo la sesión. La mayoría de las mujeres que asistieron tenían una edad de entre 25 y 50 años. Los grupos son abiertos, es decir que la incorporación de nuevas integrantes es permanente.

Las temáticas abordadas son las que van orientando las mujeres de los grupos, sin embargo, por cuestiones operativas, las facilitadoras de los grupos encaminan las sesiones con los siguientes ejes temáticos⁹:

- Sesión 1: Presentación y encuadre
- Sesión 2: Construcción social de género
- Sesión 3: Derechos Humanos de las mujeres
- Sesión 4: Tipos y modalidades de la violencia
- Sesión 5: Síndromes de la violencia
- Sesión 6: Círculo de la violencia
- Sesión 7: Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia

⁹Las bitácoras de estas sesiones y las características de las técnicas de dinámica de grupos usadas en cada una se presentan en el Anexo N°2.



- Sesión 8: Habilidades para la vida
- Sesión 9: Autonomía económica y empoderamiento
- Sesión 10: Cine debate “Te doy mis ojos”
- Sesión 11: Proyecto de vida
- Sesión 12: Evaluación y cierre

En cada una de las sesiones se llevaron a cabo técnicas socio-afectivas empleadas por la facilitadora, que consisten en vivenciar la situación de tal modo que las usuarias identifiquen su problemática. Estas técnicas socio-afectivas tienen como propósito encausar la reflexión y el análisis a un objetivo común, a partir de la escucha y de las preguntas detonadoras que dan pie a la auto reflexión e iniciar la independencia de las mujeres. Ya que aquellas que han experimentado violencia, necesitan rehabilitar su imagen como personas y depurar su conducta de los mitos, de la dependencia y de su desvalorización. Y justamente las técnicas socio afectivas facilitan este proceso.

Es importante mencionar que el trabajo grupal con mujeres es una herramienta metodológica inacabada, que permite detonar diferentes procesos, encaminados al sostenimiento de las mujeres, que buscan un sentido y transformación estructural en sus vidas. De ahí que el Inmujeres D.F. implementa diversas metodologías grupales a fin de generar y/o fortalecer procesos de empoderamiento.

IV.1 Técnicas Socio-afectivas del proceso grupal.

A continuación se señalan las técnicas socio-afectivas más importantes durante el proceso grupal de cada sesión.

Se inicia con técnicas de *Presentación*, las cuales son juegos muy sencillos que permiten un primer acercamiento y contacto. Pretenden aprender nombres y algunas características mínimas de las usuarias.



En estas dinámicas algunas mujeres se mostraban participativas, aunque a la hora de jugar lo hacían con vergüenza, con miedo a ser cuestionadas; otras mostraban su tristeza a la hora de hablar, por lo que el dolor emocional estaba latente.

Posteriormente, se utilizan técnicas de *Comunicación*, éstas son juegos que estimulan la escucha activa en la comunicación verbal, pero también estimulan la comunicación no verbal. En estas dinámicas la mayoría de las mujeres expresan sus experiencias de violencia o las que más han marcado su vida de dolor; además manifiestan que desde pequeñas han sido educadas de una manera que lastimó su integridad, por lo que ahora *“quieren salir adelante”* y *“no permitir más golpes”* y *“sentirse libres”*. Algunas otras no dicen nada porque les cuesta mucho *“revivir los hechos”*. Sin embargo, observan que sus demás compañeras del mismo grupo participan, y mencionan que estar ahí y expresar sus sentimientos *“las hace libres”*. Por lo que después de varias sesiones las mujeres que se mostraban apáticas o calladas van platicando sus anécdotas de convivencia, donde exponen sus experiencias de acuerdo al tema de cada sesión.

Después se ponen en práctica técnicas de *resolución de conflictos*, con estos juegos se aprende a describir los conflictos, reconocer sus causas y sus diferentes niveles e interacciones personales, sociales y grupales para la búsqueda de soluciones posibles. Cuando se llega a este nivel, la mayoría de las mujeres detecta y reconoce la causa de su problema tomando acciones y decisiones que ayudan a la construcción de su dignidad, formando así un grupo de mujeres empoderadas y dispuestas a acabar con la situación injusta que se vive con algunas mujeres que sufren violencia.

Las mujeres participantes expresan que gracias a estos grupos ven de otra forma su vida, y se sienten con ganas de salir adelante y de no permitir que las hagan menos en sus actividades, es decir, que sean más reconocidas en el hogar, en su comunidad, en su trabajo y en las instituciones de poder político.



IV.2 Relatoría de las sesiones observadas en el grupo “Por una vida libre de violencia”

A continuación se describe lo observado en cada sesión.

Sesión 1: Presentación y encuadre.

Dado que en todo proceso grupal es importante consolidar un ambiente agradable y de confianza, es indispensable establecer entre las participantes un clima de acercamiento y cordialidad ya que los contenidos temáticos pueden motivarles a hablar de experiencias personales, las cuales deben manejarse en el grupo con respeto. Por ello, la primera sesión está enfocada a facilitar el proceso de reconocimiento e integración grupal, así como dar a conocer los objetivos, temas y metodología del taller.

Al iniciar la primera sesión, la coordinadora les dio la bienvenida dejando en claro el objetivo del taller y los servicios que brinda la institución.

Se aplicó una técnica de presentación llamada “Telaraña” con el propósito de quitar la tensión del grupo y hacer la presentación de todas las integrantes.

- Asistió un grupo de mujeres de una edad entre 25 y 50 años, se mostraban con miedo a ser cuestionadas, pero no dejaban de hacer la dinámica, algunas fueron participativas.
- Para esta técnica se les indicó a las mujeres que se pongan de pie formando un círculo, asimismo, se les explica que tienen que pasar el estambre que tienen en sus manos sujetando un pedazo de él, mencionando su nombre, edad, y lo que más les



gusta hacer e irlo pasando a sus compañeras sucesivamente hasta llegar a la última.

Posteriormente realizan la actividad de “Las reglas de oro” pidiéndoles a las participantes que se sienten en círculo y la asesora explica que el propósito de la actividad es desarrollar colectivamente una lista de acuerdos básicos para las sesiones del curso-taller, de manera que cada participante se sienta cómoda compartiendo sus experiencias y opiniones.

La asesora invito al grupo a sugerir acuerdos básicos que consideren importantes, para ello planteo ejemplos como: “Escuchar las opiniones sin emitir juicios de valor”, “respetar las diferentes opiniones”.

- Las mujeres del grupo colocaron en primer lugar el respeto, seguido de la confidencialidad, la puntualidad, el guardar celulares y hablar en primera persona, discreción y respeto a la intimidad de las otras.
- Todas las mujeres se mostraron participativas y llegaron al acuerdo de que iban a respetar dichas reglas.

Después, la asesora escribió las ideas sugeridas en un papel rotafolio para poder pegarlo en el aula.

Como técnica de comunicación se les hizo la pregunta:

¿Por qué decidieron llegar a este taller?

- La mayoría de las que estaban calladas mostraba un poco de esperanza en sus ojos como queriendo llorar; es decir, en lo que algunas se quedaban calladas, alguna de ellas menciona: *“ya no quiero vivir así con violencia, ya no sé qué hacer, simplemente ya no quiero vivir así”*.



- Otra indicó: *“nosotras mismas tenemos la culpa, yo vengo porque me salí de mi casa y ahora no sé cómo voy a educar a mis hijos, pero me siento mal porque mi familia me dice que regrese con él, pero ellos no saben que me golpeaba, si se llegan a enterar lo matan, y pues aquí quiero saber qué es lo más conveniente hacer para mí y mi familia”*.
- Para finalizar la primera sesión, se concluyó con una técnica de relajación como técnica de resolución de conflictos indicando al grupo que hiciera tres respiraciones lentas y profundas con los ojos cerrados y una de las participantes mencionó: *“me voy tranquila, sé que puedo aprender de esto”*, otra nombro: *“por algo pasan las cosas y me voy contenta con ganas de aprender de todas ustedes”*, otra mujer señaló: *“quiero salir de la situación de violencia por la que estoy pasando en este momento”*.
- Durante la sesión se observó respeto entre las compañeras, identificación, timidez y muchas inquietudes.

Sesión 2: Construcción social de género.

Durante la segunda sesión se trabajó con el tema “Construcción social de género”, la cual inició con una técnica de presentación y distención llamada “¿Qué te pica?”.

- Las mujeres se mostraron participativas y atentas de lo que decían sus compañeras para no equivocarse.

Al terminar la actividad, la coordinadora le hace la invitación de sentarse y continuar con la siguiente actividad.

Posteriormente, se hace una técnica de comunicación llamada “Las tarjetas” en donde se les entregaba a las usuarias unas tarjetas en las que contenían valo-



res éticos, características de un hombre y una mujer, etc. Las usuarias tenían que pasar y pegar las tarjetas sobre la silueta un hombre o una mujer con la que identificarían la palabra. Es decir, si a la participante le tocó la palabra “rosa” la tiene que poner en la silueta que ella creía que tenía que ir.

- En la silueta del hombre colocaban las palabras como: poder, superioridad, fuerza, inteligencia, decisiones, mandato, agilidad, etc. Y en la silueta de la mujer palabras como: debilidad, sumisión, silencio, responsabilidad, vanidad, organización, etc.
- Como técnica de resolución de conflictos reflexionaron sobre las características del hombre y la mujer antes señaladas; mencionaron que ambos tienen mucho en común, una de ellas dijo:
“¿Por qué hay tantas etiquetas sociales? Siento que nosotras como que le damos poder o valor a los hombres, ¿no? y eso nos hace menos, hay veces que hasta yo me hago menos”; otra indicó: *“pues es que así nos enseñaron”;* una más dijo: *“pues nos acostumbramos a estas etiquetas y no lo habíamos visto de esta manera”*. Cuando pusieron las etiquetas de los comportamientos les costaba ponerlas en cada silueta; un ejemplo de ello se reflejó en la palabra enojo, pues decían entre risas: *“es que también nosotras somos enojonas”*. Al ir comparando estas palabras se les presentaron dudas como: *“¿De dónde vienen estas costumbres o por qué nos educaron así?, que la niña debe de usar vestidos y los niños pantalones, ya ahorita nos dejan usarlos, pero antes no se veía que la mujer usara pantalones”*. De acuerdo con sus dudas, la facilitadora les explicó los conceptos de sexo y género.

La mayoría de las mujeres se mostraron atentas y muy participativas, aunque al finalizar mencionaron de forma general que aprendieron cosas que ellas no sabían, y estos moldes los repitieron con sus hijos.



- Para finalizar esta sesión una de las integrantes dijo: *“yo aprendí a estar calladita, porque mi mamá decía que solo los hombres tenían el derecho a expresarse porque tenían la razón”*. Una integrante más mencionó: *“mi papá nos decía que teníamos que obedecer a los maridos, que las viejas son para estar en la casa”*. Cada una de las integrantes asentaba con la cabeza haciendo referencia a que alguna de estas frases las escuchó en su vida. Una de las mujeres señaló: *“a mí no me gustaba peinarme ni siquiera usar mi pelo largo, pero mi mamá me hacía unas trensotas y decía que una mujer siempre tenía que estar guapa para cuando llegara el hombre de la casa; antes si lo hacía pero desde un tiempo para acá me corto el cabello”*. Para todo esto, la facilitadora sugirió como apoyo la película “Mi vida en rosa”.

Manifestaron también sus experiencias en la vida cotidiana, desde que se despiertan hasta que se duermen y lo compararon con la de los hombres.

- Una de las mujeres mencionó: *“las mujeres tenemos la responsabilidad de hacer la mayoría de las cosas; además de resolver los problemas de la casa”*.

Sesión 3: Derechos Humanos de las mujeres.

En la tercera sesión se abordó el tema “Derechos Humanos de las mujeres”. Me presenté como facilitadora de la primera dinámica acompañada de la abogada; inicié la técnica de presentación llamada “Identificación de mi Derecho”, la cual consistía en mencionar su nombre y un derecho como cualidad; puse el ejemplo para romper el hielo. Al observarlas me di cuenta de que a la mayoría de las mujeres les costó decir ejemplos de derechos como su cualidad, es decir, que repetían los mismos o se miraban unas a otras con nervios.

- Al iniciar la sesión las mujeres se mostraron temerosas en cuanto al tema. Sin embargo, al avanzar en la dinámica se mostraron participa-



tivas, una de ellas mencionó enojada: *“la mayoría de los Derechos que se mencionaron durante la dinámica no se llevan a cabo, las leyes no te respaldan cuando sufres uno de tus supuestos Derechos”*.

Posteriormente, la abogada retomó la técnica anterior haciéndoles la pregunta: ¿Qué son los derechos humanos de las mujeres?

- Se mostraron calladas y nerviosas, una de ellas levantó la mano y dijo: *“pues el derecho a la vida, a ser respetadas...”* se quedó pensando en más derechos y las demás compañeras se veían una a la otra.

La abogada no las cuestiona y las tranquiliza mencionando que les va exponer el tema. Finalmente, la abogada expuso los derechos que se han logrado para las mujeres.

- Una de ellas menciona: *“¿por qué los derechos no son respetados? Cuando yo acompañé a mi prima a denunciar una violación que tuvo, no nos hicieron caso porque denunció tres días después, cuando ella trató de defenderse le pegó en uno de los testículos abriéndole uno, y después este tipo la denunció y la metieron a la cárcel por daño a la salud. Cuando vieron que era inocente mi prima a los dos meses la dejaron libre, pero hubiera preferido que se quedará ahí adentro...”* Rompe en llanto: *“cuando salió de la cárcel mi prima terminó en depresión, a causa de eso se suicidó”*. Todas respetan el dolor, coraje y tristeza de su compañera guardando silencio, la abogada se acerca para brindarle apoyo, le hace una invitación de una asesoría especializada con la psicóloga y ella acepta.
- Mientras la abogada está brindando el apoyo y lleva a la mujer con la psicóloga, una de las usuarias mencionó: *“pues yo esperaba la solución del caso que manifestó la compañera que platicó su experiencia de vida, es decir, que la abogada resolviera o nos dijera que podría pasar”*



Posteriormente, la abogada termina la sesión aclarándole su duda y les hace una invitación al grupo para que pasen a una asesoría especializada en el área de jurídica, si así lo desean para cualquier trámite legal y poderlas atender individualmente.

Sesión 4: Tipos y Modalidades de Violencia.

Al iniciar la cuarta sesión, con el tema “Tipos y modalidades de violencia”, las mujeres se mostraron alegres y ansiosas de saber de qué iba a tratar.

En la dinámica de presentación llamada “La importancia del poder”, las mujeres se dividieron en dos equipos, siendo unas la letra *A* y las otras la *B*; a las mujeres que les tocó la letra *A* eran las obedientes y se quedaron dentro del salón; mientras a las que *B* se les pidió que salieran del salón y recibieron instrucciones diferentes de la actividad, con el objetivo de que ambos equipos no escucharan las indicaciones de las otras mujeres.

- Cuando se llevó a cabo este ejercicio se podía ver que a las mujeres que les tocaba dar las órdenes les costaba trabajo, y las que obedecían lo pensaron, pero lo hacían. Las mujeres que dieron las órdenes dijeron: *“me costó mucho trabajo darlas porque no quería lastimara mi compañera, pero me daba risa cuando le dije que le hiciera de perrito y ella le hacía muy chistoso”*; otra dijo: *“yo no sabía qué decirle y pues vi lo que mis compañeras ordenaban y yo también ordené casi lo mismo para no excederme”*; una más mencionó: *“a mí no me costó trabajo”*. A las mujeres que les tocó obedecer mencionaron: *“pues a mí no me gustó hacerle como perrito, pero lo hice porque tenía que obedecer”*; otras de ellas señaló: *“yo no quise gritar, me daba pena y le dije que me cambiara la instrucción, pero a la mayoría de las que me mandó, obedecí”*.



- Las mujeres en esta dinámica crearon conciencia sobre el poder ejercido hacia las otras personas, indicando que: *“el dar órdenes a veces cuesta trabajo porque a la mujer la acostumbraron a obedecer, aunque no nos gustara”*.

En la técnica de comunicación llamada “La moneda”, las mujeres se mostraron nerviosas porque no sabían lo que pasaría cuando entraran las dos compañeras que salieron del salón.

- Cuando las dos mujeres que salieron del salón entraron a buscar la moneda, las otras mujeres se encontraban nerviosas al no saber cuál iba a ser la reacción. Una de las dos mujeres empezó a levantar a sus compañeras para verificar si la moneda no se encontraba debajo de ellas, también empezó a buscar bajo sus bolsas; la otra mujer se agachó al piso y les pidió a sus compañeras que levantaran sus pies, al ver que no estaba le pidió a una: *“por favor, me puedes dar tu moneda”*, la otra mujer accedió y se la dio. Posteriormente reflexionaron sobre cómo la violencia es aprendida y naturalizada.
- Una de las mujeres dijo: *“nunca me imaginé que me lo pidiera por favor y ni mucho menos que me dijera: me puedes dar tu moneda, dándome una confianza de que me la regresaría”*; en eso intervino la mujer que pidió la moneda diciendo: *“es que yo se la pedí por favor porque no quería caer en la violencia”*; otra mujer más dijo: *“me sentí con impotencia, acosada, porque empezó a esculcar mis cosas sin decirme qué era lo que buscaba, además de que me levantó y yo no quería”*, una más expresó: *“aunque ella me dijo ¿dónde está la moneda?, Yo no podía decirle porque eran las reglas y si le decía tenía miedo a que me regañaran, por eso dejé que revisara mis bolsas de mi suéter y yo la tenía en mi mano”*.



Posteriormente, se realizó la técnica de resolución de conflictos llamada “El abuso del poder” donde una mujer se coloca en cuclillas e intenta levantarse y las demás impiden hacerlo ya que las manos de las demás mujeres la oprimían hacia abajo.

- La mujer que intentó levantarse expresó: *“sentía feo, me sentía desesperada, con ganas de llorar, porque mis compañeras más me oprimían hacia abajo y ya quería levantarme”*; una mujer dijo: *“yo no quería lastimarla pero cuando me dieron el poder de hacerlo recordé como a veces tomamos ese poder para lastimar a otras personas y, aunque yo no quería, la estaba lastimando sin darme cuenta, hasta que ahorita dice que sí sé sentía mal”*.

Para finalizar esta sesión la asesora les dio una técnica de resolución de conflictos que consistió en escribir de manera individual los siguientes momentos a cada pregunta que la asesora les iba leyendo: ¿Cómo las han violentado?, ¿Cómo ustedes se han sentido cuando eran violentadas?, ¿Cómo ustedes han violentado?, ¿Cómo ustedes se han sentido cuando han violentado a alguien?

- En las dos primeras preguntas se pudo ver que les fue fácil escribir ya que en el momento de la pregunta enseguida escribieron, pero en la tercera pregunta la mayoría de las mujeres se mostraron pensativas.
- Una mujer, de manera breve, manifestó: *“pues a mí se me hizo fácil escribir cómo me han violentado y cómo me siento, pero cuando he violentado me he sentido con poder como que llevo el control y eso lo veo con mis hijos porque con ellos llevo ese poder”*.
- Como reflexión se les pidió a cada mujer identificar un tipo de violencia y después dar un ejemplo, las palabras que dijeron fueron: *“pellizcos, jalones, empujones, golpes, violación, poder, manipulación, agresión, fuerza, control y abuso”*. La asesora les preguntó que si solamente re-



lacionan eso con la violencia y una de ellas dice: *“pues sí, es lo que más se ve”*.

La asesora, al ver el tipo de respuesta, les explicó los tipos de violencia. Cuando dio la explicación y los ejemplos, las mujeres se muestran atentas, algunas lo relacionan con su vida.

- La asesora les sigue explicando las modalidades que hay y una de las integrantes dijo: *“ah, ya entendí como una vez a mí me pasó, en mi trabajo mi jefe de todo se molestaba, y gritaba en público haciéndome sentir mal, entonces digamos que era violencia psicológica en la modalidad institucional ¿verdad?”*. La asesora le dio la razón y les dijo la importancia de poner límites en estas cuestiones de violencia.
- Para finalizar esta sesión la asesora les pidió que con una palabra dijeran cómo se iban, y ellas respondieron: *“tranquila, contenta, pensativa, con gran reflexión, aprendizaje”*.

Sesión 5: Síndromes de la violencia.

En la sesión cinco se abordó el tema “Síndromes de la violencia”, iniciando como técnica de presentación, con una breve recapitulación de cómo las mujeres se han sentido durante las sesiones.

- La mayoría de las mujeres se mostraron participativas. Una de ellas mencionó: *“me he sentido bien, me gustan los temas y quiero seguir aprendiendo más”*; otra más dijo: *“el taller nos está ayudando a ver lo que para nosotras se nos hacía normal o cotidiano”*.



Posteriormente se realizó la técnica de comunicación “Escribir de acuerdo a las frases”.

- Las mujeres eligieron una frase con la que se identificaron, a una de las integrantes le movió mucho la frase “yo me dejo violentar con...”, ya que mencionó, llorando: *“pues yo me dejo violentar cuando mi marido me grita, cuando mis hijos me ignoran, cuando no valoran lo que hago y tienen poder sobre mí, siempre me han violentado, desde que era niña mi papá me golpeaba hasta que se cansaba o veía que me dejaba morado, he sido una tonta...”*. Las demás mujeres no quisieron hablar y algunas más llegaron tarde a la sesión.

La asesora la tranquilizó y le explicó muy breve lo que conlleva cada frase; posteriormente, les dijo que iban a trabajar en equipos exponiendo sus experiencias propias, se les dio su tiempo a cada equipo.

Cuando trabajaron en equipo manifestaron emociones sobre qué experimentaban al identificarse con algún síndrome o alguna experiencia desagradable. Las mujeres que viven situaciones de violencia con frecuencia presentan síndromes y características emocionales como: síndrome de la mujer maltratada, síndrome de fatiga crónica; la culpa y la vergüenza; distorsión de la percepción; creencia mágica; aislada y controlada; resistencia silenciosa; confundida; con dependencia; y depresión (Inmujeres, 2010, 80).

- Se observó que la mayoría de las mujeres se mostraron atentas, escuchando respetuosamente cuando cada una hablaba y explicaba su experiencia de acuerdo con cada frase; ya ninguna mujer lloró y todas se mostraron participativas.
- Cuando terminó el tiempo de la dinámica la asesora les pidió que regresaran a sus lugares para que les diera la explicación de los demás síndromes faltantes y dando ejemplos de la vida diaria para que hubiera una mejor relación de lo visto en la sesión, algunas mujeres se



mostraron atentas y otras distraídas, como queriendo no escuchar. En esta última dinámica no manifestaron experiencias ni dudas.

Sesión 6: Círculo de la violencia.

Esta sesión inició con un sociodrama en el que representaron una situación de violencia, dando a conocer cómo inicia la agresión y cómo concluye.

- En el primer equipo las mujeres representaron una familia, en la cual el hijo quería aprender a cocinar y el papá estaba en contra de que su hijo estudiara para chef. La abuelita y la hermana apoyan la decisión del papá, mencionan que esa profesión es únicamente para mujeres, pero la mamá apoya que su hijo luche por lo que quiere. La mamá habla con el papá para darle la explicación de que ya no estamos en los tiempos de antes y que lo apoye. Al finalizar, el papá entra en razón con lo que le dijo su esposa y decide apoyar a su hijo; el papá se da cuenta de que sus decisiones pueden lastimar a su familia y les hace una propuesta para que entren a un grupo de ayuda.
- En el segundo equipo aparecen papá, mamá, hija e hijo. En esta situación el papá le da prioridad al hijo, le da dinero y lo deja salir a la calle, menciona que las mujeres no tienen derecho a estar en la calle ni salir con sus amigas, ni mucho menos a estudiar. Su hija se da cuenta de las cosas que dice su papá y lo enfrenta; cuando éste la golpea, la hija convence a su mamá que se vayan de la casa para no seguir soportando a su papá ni a su hermano.

Una mujer mencionó: *“pues en ambas situaciones siempre nos vamos con lo que nos dicen nuestros papás y en lo que nos educan”*, otra dijo: *“sí la familia siempre nos dice desde pequeños lo que es para niñas y para niños”*, una más señaló: *“creo que es bueno apoyar a nuestros hijos y respe-*



tar lo que quieren pero a veces los esposos se dejan llevar por lo que dice la familia y porque son los que mandan en casa”.

Como técnica de comunicación reflexionaron sobre las fases del círculo de la violencia y cómo la “luna de miel”¹⁰ es la fase en la que se genera una sensación de esperanza de cambio, lo cual dificulta salir de la situación de violencia.

- Posteriormente, se hizo la pregunta de por qué creían que una mujer permanece en una situación de violencia, y las mujeres respondieron que: *“por ignorancia, por cultura, manipulación, miedo, comodidad, confusión, soledad, dependencia económica”*, por mencionar algunas.
- Una de ellas mencionó: *“creo que se nos hace muy difícil separarnos del agresor por nuestros hijos y por la economía, y muchas veces confundimos los celos con el amor”*; otra señaló: *“también por el qué dirán, porque mi familia no apoya que me separe, dice que voy a hacer la única mujer sola, y quién va ver por mí”*; una mujer más dijo: *“a mí me pesa mucho la soledad, no sé. Aparte, si lo dejo, él me dice que se va a matar”*.

Cuando las mujeres dan sus testimonios, la asesora intervino con la explicación del círculo de la violencia y da ejemplos. Las mujeres se muestran atentas y lo relacionan con lo que mencionaron dándole la razón a la asesora.

- Una de las mujeres dijo: *“estos temas son importantes, porque a veces las cosas que hemos pasado no tenemos el valor a darle solución y eso es lo que hace falta para salir adelante, pues casi todas las violencias que hemos visto las he pasado y yo ni me había percatado”*; una más mencionó: *“pues desde pequeñas nos enseñan un molde de*

¹⁰ La luna de miel se entiende cuando se produce el arrepentimiento del agresor, sobreviniendo las disculpas y las promesas de que nunca más volverá a ocurrir. Al tiempo vuelven a recomenzar los episodios de acumulación de tensión y a cumplirse el ciclo.



cómo debe de ser mamá y por todo lo que tenemos que pasar, y por eso cuando uno sufre violencia parece muy normal”.

- Para finalizar la sesión, como técnica de resolución de conflictos aclararon sus ideas y se les pidió que mencionaran con una palabra cómo se iban, ellas dijeron que: *“reflexiva, con aprendizaje, contenta, tranquila, asombrada, conocimiento, decidida”*. La asesora les dejó una pregunta como tarea: ¿Qué tengo que hacer para romper ese círculo de violencia?

Sesión 7: Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

Como técnica de presentación se inició con una breve recapitulación de lo que se ha visto durante las demás sesiones.

En la técnica de comunicación la abogada les hizo una pregunta: ¿Qué es la violencia?

- Ellas mencionaron: *“alteración del orden, fuerza, manipulación, agresión, poder, abuso, control”*.
- La mayoría de las mujeres se mostraron un poco nerviosas al iniciar con la técnica, ya que la asesora les empezaba a preguntar sobre los Derechos de las Mujeres; se observó que las mujeres no querían hablar sobre el tema, demostraron poco interés, por lo que la asesora vuelve a retomar el tema.

La asesora les presentó los principios rectores de la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del D.F., y los lineamientos para la atención a mujeres víctimas de violencia como: el surgimiento, objetivo y las obligaciones de los servidores públicos.

- Las mujeres se muestran atentas y hacen apuntes sobre el tema.



Sesión 8: Habilidades para la vida.

Esta sesión abordó el tema “Habilidades para la vida”, iniciando con una técnica de presentación llamada “Conejeras”, donde las mujeres formaron equipos de tres; dos de ellas se toman de las manos y la tercera toma el lugar del conejo, siendo la asesora quien da las instrucciones del juego.

- Las mujeres se mostraron participativas y contentas.

Después se realizó la técnica “Teléfono descompuesto”, con la que pudieron reflexionar sobre la importancia de comunicarse asertivamente.

- Una de ellas mencionó: *“mi familia no sabe que mi esposo y yo tenemos problemas porque si no lo van a correr y no quiero”*. Se reforzó la técnica con la exposición del tema de comunicación y sus modos, ante lo cual las mujeres se mostraron atentas.

Después se habló de la importancia de fomentar habilidades para la vida, las cuales permiten un bienestar emocional; siendo las principales: solución de conflictos, autoestima, y manejo de emociones.

- Una de las mujeres mencionó: *“yo tengo preparados mis papeles por cualquier situación, se los dejé a mi hermana y una muda de ropa en su casa para mí y mis hijos, pero el tener los teléfonos de emergencia eso si no los tengo ni les he dicho a mis vecinos qué pueden hacer cuando vean una situación de violencia”*. Las demás mujeres ya no quisieron hablar, pero se quedaron pensativas haciendo referencia a que no han desarrollado ninguna habilidad mencionada, como en los ejemplos que señaló su compañera.



- Finalmente, se hizo una técnica de relajación con la que se dio el cierre y les permitió estar tranquilas.

Sesión 9: Autonomía económica y empoderamiento.

Esta sesión se vio el tema “Autonomía económica y empoderamiento”, inicio con una técnica de distensión llamada “Masaje de espaldas”.

Las mujeres se mostraron atentas, contentas y participativas.

Posteriormente, a manera de lluvia de ideas, respondieron a la siguiente pregunta:

¿Cuándo tienen dinero cómo se sienten?

- Mencionaron: *“pues me siento con poder”*; otra indicó: *“me siento bien”*; una más refiere: *“me siento grande”*.

¿Y cuándo no lo tienen?

- Mencionaron: *“me siento mal, mi estado de ánimo empieza a desesperarse porque no tengo para darle de comer a mis hijos”*; una mujer más dijo: *“me deprime, me siento angustiada”*; otra más expresó: *“me siento mal porque no puedo ayudar a mi pareja y no tengo que darles a mi hijos”*. Reflexionaron sobre la idea de que, por la educación, los hombres se apropian de tierras, negocios, dinero y que a las mujeres se les había excluido de eso porque no tenían ni voz, ni voto, ni derecho.

Al finalizar la sesión comentaron, como conclusión, que una mujer es libre de opinar sus ideas y sentimientos sin la necesidad de que alguien más se lo autorice, que se pueden tomar decisiones sobre el uso del dinero y que esto les permitirá la seguridad, reconocimiento, autoridad y así llegar a la autonomía.



Sesión 10: Cine debate “Te doy mis ojos”.

Al iniciar esta sesión la asesora les dio la bienvenida a las usuarias y les mencionó que van a ver una película, que se pusieran cómodas.

Se proyectó la película “Te doy mis ojos”, a partir de la cual se pudo observar que la mayoría de las mujeres experimentaron diversas emociones, esto lo manifestaron con gestos, expresiones verbales y corporales.

- Las mujeres señalaron que: *“al ver esta película me trajo varios recuerdos que en las escenas podía identificar varios tipos de violencia, en ocasiones sí me ganaba el sentimiento”*; una mujer más dijo: *“me trajo enojo cuando la mamá convence a su hija para que regrese con su esposo, pues éste no le da una vida de calidad”*; otra aludió, *“me dio tristeza al ver cómo su marido la maltrata, la verdad sí me puse a llorar”*; por último una más menciona: *“ya al final me dio alegría y como esperanza, o sea que todas podemos salir adelante, pues la protagonista nos dio una prueba de que sí se puede salir adelante, además, cuando todo el mundo se te ponga en contra”*.

La asesora les preguntó si identificaron los temas que se han trabajado durante el proceso grupal como: tipos, modalidades y círculo de la violencia, consecuencias psicológicas, construcción social de género.

- Ellas expresaron que sí porque se veían como la protagonista; aunque algunas no han salido de esta situación, se sienten esperanzadas de que algún día lograrán un cambio en su vida.

Posteriormente, la asesora, de manera expositiva, explica los tipos de violencia y en qué modalidades se realiza, retomando un poco la Sesión 4.

Después, la asesora explica, de manera general, la “Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia”, resaltando las instancias que atienden, así como el funcionamiento de las casas de emergencia, las sanciones y las conse-



cuencias psicoemocionales de la violencia, las medidas de protección y las responsabilidades de las y los servidores públicos.

Las mujeres se mostraron atentas y tomaron apuntes de lo que pudieron hacer en caso de correr peligro y, finalmente aclararon sus dudas.

Sesión 11: Proyecto de Vida.

Esta sesión, inicio con una técnica de relajación realizando una fantasía guiada, la cual consiste en imaginar que las mujeres iban a emprender un viaje.

- Cada una mencionó sus proyectos personales: *“estudiar”, “obtener un empleo”, “salir a convivir con amigas”*; ellas se mostraron tranquilas y en ocasiones bromearon unas con otras, excepto cuando una mujer se ve afectada emocionalmente y es ahí cuando se puede percibir que el dolor está latente, por lo que la asesora la tranquilizó y después le hizo la invitación a que tome una asesoría especializada en el área de jurídico.

Como técnica de comunicación, la asesora les pidió que realizaran un cuadro de metas poniendo un ejemplo en el pizarrón para que posteriormente las usuarias lo hagan. La asesora les explicó que es importante escribir individualmente sus metas a corto, mediano y largo plazo, relacionándolo con diferentes áreas de su vida como: la salud, el trabajo, la formación académica, las relaciones interpersonales, etc.

- Las mujeres se mostraron participativas en la realización de su cuadro, aunque a algunas les costó mucho escribir lo que querían hacer como proyecto de vida.
- Se logró una interacción grupal: el acompañamiento e identificación de unas con otras fue productivo para concientizar los cambios necesarios en sus vidas.



- El respeto se muestra constantemente a pesar de que en ocasiones bromeaban unas con otras; el ambiente en el grupo se puso tenso cuando la mujer expresó una mala experiencia.

Sesión 12: Evaluación y cierre.

Esta sesión la asesora inició con una serie de preguntas como técnica de presentación: ¿cómo se han sentido durante el transcurso del grupo?, ¿ha cambiado algo en sus vidas?

- Algunos comentarios fueron: *“me siento mejor, aunque sé que me falta más por aprender; ahora ya pongo límites y hago escuchar mi opinión, procuro arreglarme más que en cierto tiempo ya no lo hacía”*; una más mencionó: *“aunque he tomado pocas sesiones, he podido enfrentarme a ciertas circunstancias que no había podido, he repasado mis apuntes en cada momento que no sé qué hacer”*; otra mujer dice: *“ahora veo las cosas de otra manera, sintiéndome más tranquila, ahora sé que no estoy sola y sé que puedo salir adelante”*.

De acuerdo con la observación y los comentarios de cada sesión del taller, se puede afirmar que en el grupo se generó conciencia de prevención de la violencia, ya que durante el taller algunas mujeres mostraron más tranquilidad, seguridad, compromiso con ellas mismas, y sólo algunas dijeron que les hizo falta asistir a las sesiones que no llegaron. Por lo tanto, la facilitadora les mencionó algunas estrategias de seguimiento para fortalecer su propio proceso.

Finalmente, se les hizo la invitación para que quien así lo considerara pudiera solicitar una asesoría psicológica o jurídica para dar seguimiento y, en caso de ser necesario, brindarles otra alternativa.



IV. 3 Descripción de la atención inicial y las asesorías especializadas

La presente descripción muestra otra de las actividades en las que participé como observadora durante el periodo mencionado en Inmujeres D.F. de la Unidad Cuauhtémoc.

Las asesorías de atención inicial al igual que las asesorías especializadas, se le brindan a todas las mujeres que acuden a los servicios InmujeresD.F. de las 16 Unidades, con una atención libre de prejuicios, a través de las cuales se les proporcionan las opciones, alternativas y/o herramientas para enfrentar y resolver su situación o problemática.

IV.3.1 Atención inicial

La *atención iniciales* una técnica de primer contacto dirigido a las mujeres que acuden a los servicios del Inmujeres D.F. En ésta se llena una ficha de *atención inicial* que es aplicada por cualquiera de las y los asesores de la Unidad en donde se presenta por primera vez la usuaria y es ahí donde se recaban datos importantes de la misma como: fecha de atención, datos generales (nombre, edad, sexo, dirección, números telefónicos, etc.), motivo de consulta, situación de violencia, etc. Es importante mencionar que todos sus datos están resguardados por la Ley de Protección de Datos Personales.

Estos datos tienen la intención de ir detectando el perfil de las mujeres que viven situaciones de violencia, con base en el tipo, modalidad y perfil de la persona agresora. Asimismo, se busca identificar cuáles son las necesidades de las mujeres, así como el tipo de servicios más solicitados. Ambos rubros nos permiten realizar un diagnóstico situacional y emocional de las mujeres.

Esta información que se recaba en las fichas es de vital importancia para un diseño de políticas públicas, que en un futuro puedan atender las principales demandas y necesidades de las mujeres de la Ciudad de México. La codificación de



los datos demográficos y económicos está basada en la clasificación realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

En la atención inicial, la asesora o el asesor tienen que familiarizarse para brindar una respuesta sensible, cálida, empática, de escucha y de solidaridad con las mujeres; esto facilita el canal de comunicación de confianza y éxito entre las mujeres y las asesoras (es) (Inmujeres D.F. 2012). En la atención inicial, la asesora o el asesor le proporcionan información de los servicios que ofrecen como parte del Inmujeres D.F.

Las asesorías tienen que garantizar y las siguientes condiciones en la prestación del servicio a las mujeres:

- Respetar las creencias, valores y decisiones de las mujeres
- Mostrar empatía y atención con la persona atendida
- Escucha y apoyo a las mujeres que acuden por primera vez a los servicios del instituto
- Evitar que los mensajes verbales y no verbales agredan o incomoden a la persona atendida
- Omitir cualquier juicio de valor y evitar argumentos como *yo en su lugar haría, ¿por qué lo hizo?, entonces ¿para qué vino?* Frases que pueden incomodar o bien, subestimar las capacidades de las mujeres.
- Hablar con un lenguaje claro y sencillo. Esto significa evitar tecnicismos o mensajes poco claros o rebuscados
- Dar contención en situaciones de crisis, o bien, solicitar apoyo inmediatamente a la asesora capacitada para ello.

Las temáticas que manejan las y los asesores de las 16 unidades delegacionales del Inmujeres D.F., son:

- Derechos Humanos
- Violencia contra las mujeres, en el marco de la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal.



- Ciudadanía y liderazgo
- Empoderamiento económico

IV.3.2 Asesorías especializadas

Después de recabar los datos de la mujer que acude al servicio, se le proporciona una asesoría especializada en la que el personal capacitado (abogada/o, psicóloga) le brindará la atención con posibles soluciones de acuerdo a la necesidad que ella requiera, ya sea una asesoría psicológica, jurídica o económica en materia de violencia contra las mujeres.

Para dicha asesoría se aplicará una ficha de atención especializada en la que la asesora o asesor llena una serie de datos generales, dependiendo de la problemática de la usuaria.

La ficha de atención especializada tiene la siguiente estructura: folio, datos generales, hechos, servicio que se brinda, antecedentes de violencia, violencia en flagrancia, canalización, acompañamiento, estrategia de intervención, descripción de la atención y lugar donde se realizó la atención¹¹.

Es importante que en ambos procedimientos exista un vínculo de respeto, ya que la mayoría de las mujeres que asistió a la Unidad manifestaron ansiedad, miedo y angustia, y se tienen que evitar falsas expectativas de las personas que acuden a los servicios.

En ambas atenciones, se le informa a la mujer el tiempo aproximado de duración (de 30 a 45 minutos de atención inicial y de 40 a 60 minutos en la asesoría especializada).

Respecto a las asesorías especializadas, éstas pueden ser Psicológicas, jurídica, económicas, especializada en violencia, asesoría de interrupción legal del

¹¹El contenido del llenado de las fichas de atención especializada se encuentra en el Anexo 3.



embarazo, orientación en Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres o en materia de prevención de la violencia contra las mujeres.

Asesoría psicológica: está atendida por una asesora con formación en el área de psicología clínica o social. La ficha brinda varias opciones en materia de salud mental, salud sexual, salud reproductiva, conflictos familiares, cuidado y atención de otros/as.

Asesoría jurídica: es brindada por una abogada o abogado, quienes registrarán en la ficha la opción correspondiente, dependiendo de la materia.

Asesoría económica: es atendida por cualquier asesora especializada en el área de empoderamiento económico, sin importar su profesión. Dependiendo de la necesidad y de la solicitud de la mujer atendida, la asesora marcará la opción u opciones correspondientes.

Asesoría especializada en violencia: es facilitada por una asesora, sin importar su profesión, pero que sea especialista en materia de violencia contra las mujeres. Pueden ser, por ejemplo, las asesoras que llevan los Grupos de Prevención de la Violencia contra las Mujeres.

Asesoría en Interrupción Legal del Embarazo (ILE). Esta asesoría tiene como objetivo principal brindar información clara, objetiva y laica sobre la ILE, hospitales del Gobierno del Distrito Federal que realizan dicho procedimiento, trámites y documentación que se requieren, así como la elaboración de la canalización a los hospitales, si la mujer así lo solicita.

Orientación en Derechos sexuales y reproductivos: es elaborada por asesoras que conozcan el tema sin importar su profesión. Las temáticas solicitadas pueden girar en los siguientes tópicos: anticoncepción de emergencia, uso correcto de condón femenino y masculino, Derechos sexuales y reproductivos, infecciones de transmisión sexual y prevención del VIH.



IV.4 Algunos casos observados en las asesorías especializadas.

A continuación, de manera general, presentaré algunos de los casos en los que tuve la oportunidad de participar como observadora, y en los que me percaté de la problemática que estaban sufriendo estas mujeres, entre las cuales destaca el hecho de que la mayoría de las mujeres no acepta que está viviendo violencia psicológica ya que, por ejemplo:

Una mujer de 19 años de edad con dos meses de embarazo, manifestó: *“estoy recibiendo amenazas del padre y de mi madre”,* y *“me están obligando a tener un hijo que no quiero, soy muy chica y no sé qué hacer”,* ella agregó: *“el padre de mi hijo tiene 39 años y abusó de mí, yo le comenté a mi madre de lo sucedido, quería demandarlo y que me apoyara, y sólo mi madre me calló y dijo que él nos iba a mantener para poder comer y que no hiciera nada”.* Días antes ella se presentó al Instituto de las Mujeres de la Unidad Cuauhtémoc acompañada de su madre, y fue ésta la que habló y dijo: *“les traigo a mi hija para que le hagan entender que debe de tener a ese hijo”.* Ella en ocasiones lloraba y decía: *“me quiero morir, no hubiera nacido, mi mamá me vendió”.* En este caso, la manifestación de la violencia familiar se presenta en varios tipos: violencia sexual, psicológica y física.

Otra de las mujeres que asistió fue una mujer de edad aproximada de 24 años, quien manifestó:

“La noche anterior llegué tarde a casa y mi marido me cerró la puerta, después me abrió pero no permitía que viera a mi hija. Es decir, él tenía a mi hija en su cuarto encerrada prohibiéndome pasar a verla. Cuando por fin logré ver a mi hija él se tranquilizó, pero después cuando mi hija se durmió él se acercó presionándome para tener re-



laciones sexuales a lo que accedí por temor a que me volviera a golpear”. Y ella añadió: “llevé poco tiempo de relación de noviazgo, nos casamos y nació mi hija, él y yo nos conocimos en el trabajo, a él lo despidieron por amenazar de muerte a un compañero”. También refiere: “me quiero divorciar, no quiero tramitar la pensión alimenticia porque a él le descuentan la pensión de otro hijo que tiene con su ex-esposa”.

En este caso ella está consciente de que el esposo no va a cambiar, que su vida y la de su hija está en riesgo, también sabe que debido a su inseguridad y la baja autoestima no logra desengancharse completamente de su esposo. Sin embargo, ella se muestra temerosa, confundida, angustiada y con baja autoestima.

Al iniciar la asesoría especializada se le preguntó cuál era el motivo por el que solicitaba el servicio, la usuaria refirió que la habían canalizado del IMSS, pero no le ayudaron a más. Es decir, que solo le hicieron las curaciones y le dijeron que se presentara al Ministerio Público dando esta queja. Menciona que llegó al Instituto de las Mujeres de la Unidad Cuauhtémoc porque un amigo la aconsejó y la acompañó para el trámite legal del divorcio. Posteriormente, se le brindó un espacio de escucha y al finalizar se le dio orientación para que se integrara a los grupos “Por una Vida Libre de Violencia”.

Otra mujer más, de aproximadamente 40 años se presentó diciendo:

“Soy casada, tengo 2 hijas y 1 hijo, soy trabajadora de una guardería y quiero salirme de mi casa”. En la observación y escucha de esta mujer puedo darme cuenta que el dolor es latente ya que al hablar le cuesta trabajo expresarse, rompe en llanto diciendo: “mi marido me pega cuando no están mis hijos; cuando mis hijos me ven golpeada él justifica que me caí. Pues yo no les he dicho nada a mis hijos por temor a que un día me mate o les pegue a mi hijos, él me ha dejado de dar gasto desde que yo trabajo, recibo amenazas de él diciéndome que si no llego antes de las 8 a la casa mejor que no llegue por-



que me va a dejar en la calle. La verdad le tengo mucho miedo puedo decir que él me ha obligado a tener relaciones sexuales sin protección para satisfacerse sexualmente; de hecho, me he tomado píldoras del día siguiente para que no quede embarazada”. Ella rompe en llanto por un momento, la psicóloga la tranquiliza, posteriormente sigue narrando su historia: “ya no estoy dispuesta a soportarlo, simplemente quiero dormir en paz y tranquila. De hecho, me tengo que encerrar en el cuarto de mi hija cuando él está porque tengo miedo a que me pegue, pero siento que no le doy su privacidad a mi hija porque me duermo con ella. Quiero el divorcio sin pedirle nada a cambio, que se quede todo, también quiero asesorarme de qué puede pasar si me salgo; ¿recibiré una demanda de abandono de hogar?, porque él me dice que me va a demandar si me voy. La verdad no sé qué hacer, de hecho mi familia no sabe que sufro violencia más que mi hermana, mi hermana me dice que no quiere llevarme flores al panteón, que haga algo, que ponga un alto ante esta violencia”. La asesora le pregunta cómo se enteró del lugar: “la verdad una vez fui a una plática de violencia donde realicé un test y desgraciadamente a cada pregunta le ponía una palomita de que había sufrido violencia, cuando lo entregué me dio pena, iban a decirme que soy una tonta”.

Mientras va narrando este suceso se pone a llorar de nuevo. La psicóloga le pide hacer tres respiraciones profundas para que se tranquilice a la mujer y le hace la invitación para que se asesore con el abogado y así hacer los trámites correspondientes.

Ella se va más tranquila, se le nota que ya no tiene miedo ante esta situación, la veo decidida de tomar el camino que ella eligió. Cuando se despidió de nosotras nos pidió el número de la unidad Cuauhtémoc para estar en contacto y así tener más orientación con su trámite legal.



De acuerdo con la observación de cada sesión especializada, me doy cuenta de que el impacto en la salud mental en las mujeres es grave ya que la mayoría presentaban al principio conductas suicidas, codependencia hacia su pareja y justificaban el comportamiento del agresor; los sentimientos de “culpa” las hacían sentirse “responsables” de que su relación no fuera “perfecta”; por lo que este tipo de comportamiento las ponía en riesgo de desarrollar otras consecuencias negativas como la adicción a sustancias tóxicas como el alcohol, antidepresivos y otros.

A las mujeres se les ha señalado con etiquetas insultantes como sanción social y cultural, por no “cumplir” el rol social de “ser mujer”. El ser mujer como una categoría uniforme, que encasilla y niega la diversidad que implica ser mujeres, pero que alimenta y justifica “el debe ser”. Esposa fiel, madre abnegada, hija obediente dispuesta a proteger y cuidar a las y los demás. Aquella que intente salir de esta categoría sociocultural le espera implica el desprestigio, la humillación, la devaluación, y se justifica todo acto de violencia contra aquella mujer que rompió con los estereotipos tradicionales.

Ejemplos de castigos sociales se observan cuando una mujer decide divorciarse o quiere ejercer libremente su sexualidad, socialmente se le castiga peyorativamente; cuando la mujer trabaja se le dice socialmente que “descuida a su familia”. Si tiene más de treinta años y no se ha casado: “ya está quedada”; si decide no tener hijas/os: “pobrecita es una mujer incompleta”. Si tiene una pareja del mismo sexo: “es una pervertida”; si es madre soltera: “pobres de sus hijas e hijos, que ejemplo les va a dar”, y así podría enunciar una lista enorme de descalificaciones y violencias sociales por no responder al comportamiento legitimado socialmente.

La exigencia del “deber ser” aparece como una gran carga social que trata de vigilar y controlar el cumplimiento y decisiones de las mujeres, lo que repercute de manera indiscutible en su salud mental y emocional.



Mabel Burín (2000) llama *malestar de la mujeres*¹² a la acción de frustración y estrés producto de factores externos derivados de su debe ser, estrés que se manifiesta en estados depresivos, ansiedad y enfermedades psicosomáticas.

No obstante, para no romper con el rol de la mujer “fuerte” que responde a las necesidades de los y las demás, las mujeres consideran como “normales” sus malestares, como parte de su condición femenina. No es hasta que sus malestares son crónicos o las incapacitan para seguir con su vida cotidiana, cuando deciden acudir con algún especialista.

⁵“La noción de *malestar* introduce una nueva categoría que desarticula el dualismo salud-enfermedad. La noción de malestar de las mujeres en el campo de la Salud Mental se nos ofrece como una categoría que alude a los sufrimientos psíquicos y emocionales de las mujeres como emergentes de su condiciones de tales. Es decir, cuando hablamos de malestar de las mujeres, lo hacemos desde un posicionamiento teórico e ideológico que enfatiza el lugar históricamente construido para las mujeres, y los modelos estén asociados en tanto factores de riesgo en la salud mental de las mismas”. (Burín Mabel, 2000, p.862).



RESULTADOS

a) Vinculación de la licenciatura con el servicio social

Es difícil creer que en algunas instancias como Inmujeres D.F., así como en otras gubernamentales se desconozca la función de la promoción de la salud, lo que resultó ser un obstáculo para mí. Sin embargo, el conocimiento que adquirí durante mi formación profesional me permitió identificar el grave problema de violencia que afecta la salud mental de las mujeres actualmente en nuestro país.

Debido a los conocimientos que fui adquiriendo en mi formación profesional, me di cuenta que Inmujeres D. F. no cuenta con el suficiente personal para impartir más cursos sobre la prevención de la violencia de género, tampoco hay suficiente difusión sobre los grupos “Por una vida libre de violencia”. Es importante la observación en estos grupos ya que mediante ésta me percaté de que las mujeres no sólo están sufriendo psicológicamente, sino que además están deteriorando su salud física debido a que ellas le conceden mayor importancia a atender las situaciones legales.

Algunas materias del plan de estudio de la licenciatura, como Epidemiología y Patología, me ayudaron a identificar los datos estadísticos de violencia y los problemas de salud que sufren las mujeres que se presentaron en la Unidad Cuauhtémoc durante el periodo de 2012 a febrero del 2015; asimismo, me ayudaron a comparar los niveles de violencia de las demás unidades delegacionales y a nivel nacional.

Las materias Psicología Social y Bioética y Valores contribuyeron a tener un mejor acercamiento con las mujeres víctimas de violencia por medio de las dinámicas en el grupo y en las sesiones especializadas para intervenir mediante la observación de una manera respetuosa. De igual forma, me ayudaron a mirar a las personas como seres humanos y no como objetos de estudio, también a ver



sus necesidades, sus carencias, su salud y sus virtudes, que son parte del ser humano y de la vida.

La materia de Crecimiento y Desarrollo me ayudó a integrar lo afectivo con lo social, vinculando esto a la mayoría de las sesiones desde la perspectiva de género. Del mismo modo rescate los elementos clave para entender la depresión y el consumo de sustancias que pueden afectar la salud de la mujer.

Las materias de Farmacología y Cuerpo Humano me permitieron conocer los riesgos que implica, el uso de fármacos o tranquilizantes (con prescripción o no), y el impacto que tienen sobre los comportamientos defensivos en caso de agresión; asimismo, las reacciones de nuestro sistema muscular y cardiovascular ante una sustancia ajena al organismo y el daño que puede causar ante la depresión.

Las materias Salud Comunitaria, Introducción a la Promoción de la Salud; Salud Pública y Legislación Sanitaria fueron básicas para relacionar la salud con formas de prevención de enfermedades y accidentes, con la educación en salud y los hábitos y estilos de vida. Las prácticas de Promoción de la Salud van encaminadas a informar para evitar factores de riesgo y aumentar los factores protectores; aquí, la salud se entendió no sólo como la ausencia de enfermedad, sino como el desarrollo de las capacidades humanas ante problemas de enfermedad y, por tanto, la práctica de la promoción de salud consistirá en acciones encaminadas al desarrollo de éstas. Asimismo me ayudó a la comprensión del funcionamiento de la normalidad en salud y a observar si se lleva a cabo el pleno goce de los Derechos Humanos de las mujeres ante una situación de violencia.

Como promotora de la salud, puedo decir que en las asesorías especializadas, además de atender a la mujer víctima de violencia psicológica y jurídicamente, debería de manejarse la situación con una mirada interdisciplinaria para plantear posibles soluciones y, de esta manera, detectar posibles enfermedades que la mujer puede generar a corto, mediano y largo plazo.



Debido a que en estas instituciones se imparten pláticas fuera de la unidad, en las que se tiene como objetivo informar, concientizar y humanizar, se dejan de lado las consecuencias de los actos de violencia en salud, de ahí la importancia de la intervención de los promotores de la salud.

b) Aprendizaje profesional

La oportunidad de prestar mi servicio social me ha acercado con una realidad que vi como un reto muy importante, ya que la promoción de la salud se hace a partir de la variedad de disciplinas y el Inmujeres D.F. trabaja con un modelo incluyente de disciplinas. Para tal asunto, el problema de violencia contra las mujeres en nuestro contexto actual necesita de un involucramiento de profesionales, personas y comunidad en general para la solución de tan demandante cuestión.

El impulsar procesos, como lo hace el Inmujeres D.F., para la consecución del bien común y, como lo experimenté, desde la intervención activa y directa para el desarrollo comunitario, nos abre un camino con mujeres decididas a recuperar su salud mental, reestructurando el tejido social a través de la intervención.

Asimismo, me siento satisfecha al permitirme tomar como primera opción realizar mi servicio social con este equipo de trabajo. Durante el proceso recorrido en el Inmujeres D.F. Unidad Cuauhtémoc, y con las mujeres que me compartieron sus historias de vida, he podido reconocer que no somos ajenas y ajenos a esta sociedad, que ahora tenemos una responsabilidad como licenciadas y licenciados en Promoción de la Salud. Tenemos una vocación que va en busca de generar cambios para el bien común que nos permita estimular los conocimientos que adquirimos durante los años en la universidad, con el fin de propagar la autosugestión para el cuidado de nuestro ser. Claro que con el apoyo y la experiencia de la personas.



Aprendí invariablemente de estas personas; las sesiones funcionaron sin abandonar la línea de ser autónomas, dotarnos de seguridad para protegernos ante las situaciones que no siempre dependen de nosotras, pero que están ahí para vulnerarnos. Se cree y se crea un entorno de confianza y esperanza, viviendo en el ahora.

Asimismo, durante la prestación de mi servicio social aprendí que la formación profesional del promotor de la salud contiene una perspectiva interdisciplinaria que nos permite desarrollar la estructura de proyectos dependiendo de los contextos sociales, económicos, políticos, culturales, biológicos, entre otros. Y es así que el proponer una alternativa positiva en un espacio de Inmujeres D. F., me permitió como profesional de la salud observar la importancia de estos lugares públicos. La mayoría a las mujeres que participa por primera vez se muestran tímidas y reticentes de expresarse, han asumido a la creencia que las mujeres no deben participar en los asuntos comunitarios. Sin embargo, en el transcurso del taller “Por una vida libre de violencia” las mujeres ganan nuevas habilidades, conocimientos y comienzan a expresarse.

Los espacios sólo para las mujeres son especialmente importantes para su empoderamiento; son espacios seguros que les ayudan a reflexionar sobre problemas que les afectan como mujeres; en ellos ganan seguridad y se sienten preparadas para participar en reuniones de su comunidad.

Me di cuenta que es importante que las mujeres de todas las edades, condiciones sociales, origen étnico, posturas políticas y religiosas, se organicen para generar acciones de cambio y de transformación en beneficio de sus derechos, y en la medida en que se vayan generando dichas transformaciones, todas y todos ganaríamos debido a que dichas prácticas socioculturales de no denuncia e impunidad lesionan los derechos humanos de hombres y de mujeres, por los costos sociales que esta conlleva (como el callar, aceptar, dar otra oportunidad, perdonar, olvidar, etc.).



El empoderamiento da la pauta para generar acciones en beneficio de un grupo en constante vulnerabilidad como las mujeres que sufren violencia en general, y las mujeres que atiende el Inmujeres D.F. en particular.

Experimenté que trabajar con mujeres no es una tarea fácil, ya que son un grupo muy cargado de emociones, pues las historias de violencia están latentes. La creación de un vínculo de respeto, empatía, escucha y solidaridad permite a las mujeres generar un espacio de confianza y de alternativas frente a sus problemas.

Adopté una posición empática con ellas para construir la apropiación del conocimiento, rompiendo con las estructuras de poder para transmitir el conocimiento. Logré identificar que esta posición me permitió conocerlas desde su realidad vivida como seres humanos.

El hacer mi servicio en la delegación Cuauhtémoc y el observar las estadísticas de esa demarcación me ayudó a identificar las zonas más vulnerables y con altos riesgos de suicidios, depresión, acosos laborales, estrés y violaciones. Por indicación de la jefa de la unidad; decidió que otro compañero de servicio social interviniera en esta actividad. Cuando se presentaban este tipo de casos en lugares donde se vive violencia constante, el Inmujeres D.F. Unidad Cuauhtémoc se encargaba de realizar una investigación epidemiológica de la zona para recuperar espacios públicos, pidiendo ayuda a los funcionarios de dicha delegación para la “recuperación de lugares libres de violencia a mujeres y niñas”.

Me satisface saber que el tiempo desempeñado en mi servicio social fue útil, me enseñó que *Nada humano me es ajeno*, que la firmeza de un trabajo debe de ser constante para poder combatir problemas de violencia. Alcancé experiencias de trabajo profesional obteniendo el conocimiento para atender a mujeres víctimas de violencia y poder desarrollar nuevas estrategias mejorando la salud mental de las mujeres.



En cada asesoría especializada percibí que la mayoría de las profesionistas que trabaja en la unidad sólo ven a las usuarias como objeto de estudio y no como sujetos, por lo que, desde mi punto de vista, considero que las y los profesionales que asisten a mujeres víctimas de violencia deben sensibilizarse mediante talleres cada tres meses para atender estas situaciones y las consecuencias que pueden dañar su salud física y mental.

C) Valoración de resultados

Mis resultados contrastados con el marco teórico de este reporte, se enfocan a la investigación cualitativa ya que ésta se centra en la atención de la persona, en su historia, en sus relaciones sociales y su ambiente, como sujeto y no como objeto de estudio, es un movimiento epistémico puesto que reconoce la acción del sujeto sobre el mundo y que la construcción del conocimiento es histórica, dialéctica y colectiva.

Para esto se investigó desde las funciones del Instituto Nacional de las Mujeres, al igual que las del Instituto de las Mujeres del D.F. y del Instituto de las Mujeres de la Unidad Cuauhtémoc, haciendo una breve comparación entre dichas funciones y el desarrollo de mi trabajo, además de la descripción del enfoque que tiene cada una esas instituciones.

Para generar acciones enfocadas a la puesta en marcha de esta propuesta, se retomaron investigaciones sobre el nivel y tipo de violencia que sufren las mujeres, así como estadísticas, gráficos y comparaciones entre encuestas delimitando información, guiándome desde lo general a lo particular hasta llegar a situarme en un espacio específico como lo es Inmujeres D.F. Unidad Cuauhtémoc, área donde realicé mi servicio social, priorizando mi intervención en las mujeres a quienes se les brindó la atención y servicio durante el periodo de septiembre 2014 a marzo del 2015.



Estos estudios me permitieron establecer un vínculo para construir una experiencia integral. Los estudios previos mostraron un incremento de violencia psicológica en las mujeres que se presentaron en la Unidad Cuauhtémoc, es por ello que se dejó fuera a las demás. Este análisis comparativo arrojó la necesidad de fortalecer estos programas y servicios en la intervención y prevención de la salud mental, destinando más recursos financieros para la contratación y capacitación de personal a fin de atender a las mujeres que sufren algún trastorno y promover la salud mental.

Como se mencionó, considero importante generar más espacios de prevención, de liderazgo y empoderamiento para las mujeres; además de que es necesario que las mujeres participen en espacios públicos para apropiarse de ellos y realizar acciones encaminadas a disminuir la violencia.

Particularmente, todo lo anterior fue significativo ya que me pude dar cuenta de las altas cifras de violencia que existen. La observación de la historia de vida de cada mujer me permite afirmar que es necesario mejorar el acceso a los servicios de salud mental, que no se debe estigmatizar a las mujeres y que se les debe ayudar a reconocer los vínculos existentes entre la violencia y la salud mental, en particular la depresión y los pensamientos suicidas.

De acuerdo con lo observado, los estresores generados en la salud mental de las mujeres son: salir temprano de casa para irse a trabajar; ser cuidadora de sus hijos e hijas y de otros familiares; hacer labores domésticas, etc., cumpliendo un rol social múltiple, siendo que el trabajo de la mujer en casa no es remunerado; las mujeres que deciden ser madres ocupan el mayor tiempo de su vida a los hijos e hijas, además de ir a trabajar para “ayudar” al marido, asumiendo roles que las desgastan mentalmente. Estos factores de riesgo provocan que la mujer se encuentre con depresión, ansiedad, trastornos obsesivos, alteraciones somáticas, insomnio, trastornos alimentarios, intento de suicidio, etc. Estas labores no sólo provocan daños en la salud mental de la mujer, sino que también existe una de-



sigualdad económica de ingreso entre el hombre y la mujer, con una diferencia del 16% (Valdez y Juárez 2009:16).

De acuerdo con investigaciones de la Secretaría de Salud, en 2009 se manifestó que hay 2.5 mujeres con depresión por cada hombre; lo que conlleva a una concentración mayor de suicidios. La misma secretaría ha implementado servicios dirigidos a favorecer la salud mental de las mujeres, como la terapia psicológica individual o bien la atención psiquiátrica. Sin embargo, no necesariamente han incorporado a estos servicios la perspectiva de género, limitando el impacto de la atención y, en algunos casos, muy lamentablemente han revictimizado a las mujeres.

En México, durante los últimos años, se ha incrementado en las mujeres el consumo de alcohol, tabaco y sustancias farmacológicas como los antidepresivos. Y en el caso de aquellas mujeres que, además, viven situaciones de violencia, la probabilidad de presentar estados depresivos crónicos aumenta considerablemente en comparación con las que no viven tal situación.



CONCLUSIÓN

El presente reporte tuvo como objetivo identificar la importancia de la Promoción de la Salud en el Programa “Sistema de Seguimiento de las Unidades del Instituto de las Mujeres del Distrito Federal en las Delegaciones”, enfocado en el tema de *“La violencia contra las Mujeres y el impacto que tiene en la salud mental”*.

El Inmujeres D.F. subraya la necesidad de generar políticas sociales en materia de Salud, considerando así los aspectos emocionales y socio-afectivos de las mujeres. A partir de 2009, se han implementado los grupos de psicoterapia breve para mujeres en las 16 Unidades Delegacionales, como propuesta alterna ante la inminente necesidad de generar espacios para la prevención y promoción de la salud mental de las mujeres desde una perspectiva de género.

Esta intervención surgió en respuesta a las necesidades emocionales de autoestima y de apoyo; debido a que la mayoría de las mujeres manifestó haber sufrido algún tipo de maltrato físico, psicológico o sexual que afecta de manera importante sus relaciones interpersonales, así como su salud. En algunos casos donde la mujer es víctima de extrema violencia se deriva a refugios anónimos.

Las usuarias de los servicios del Inmujeres D. F., al ser un grupo donde la violencia está latente, son consideradas como vulnerables, es por esto que es necesaria la continuación y ampliación de los grupos “Por una vida libre de violencia” y las atenciones especializadas, como las que se mencionaron a lo largo de este trabajo, dirigidas a las que desafortunadamente lo necesiten.

Para promover la salud mental fue importante puntualizar que la salud, en el contexto de bienestar psicosocial, se articula con las condiciones de desarrollo económico, político-social y de salud pública. Dentro de esta concepción, la noción de bienestar no sólo alude a la ausencia de enfermedad, sino a la calidad de vida, es decir, a algunas mujeres que se presentaron en la Unidad manifestaron que



sólo se les atiende en los sufrimientos físicos y no en su salud mental y emocional, entre otras cosas. Cabe señalar que el feminismo ha luchado por visibilizar la salud mental como derecho humano, sin embargo, es necesario realizar mayores acciones en este sentido.

En los grupos de mujeres “Por una vida libre de violencia” se buscó que reconocieran que la violencia contra ellas es parte del contexto sociocultural en el que viven y, por tanto, que éste puede modificarse. También conocieron otras formas de vivir, eliminando la culpa y todos aquellos mitos sociales que justifican la violencia contra las mujeres, y reconociendo sus Derechos Humanos. Asimismo, poco a poco demostraron su autonomía en el objetivo de tomar sus propias decisiones con base en sus deseos y necesidades.

Apoyada en la observación y el trabajo que se llevó a cabo en la institución, puedo decir que estos grupos previenen la violencia y ayudan a la mujer a obtener herramientas necesarias para distinguir una situación violenta.

Este análisis comparativo arrojó la necesidad de fortalecer estos programas y servicios en la intervención y prevención de la salud mental, destinando más recursos financieros para la contratación y capacitación de personal a fin de atender a las mujeres que sufren algún trastorno y promover la salud mental.

Como se mencionó, considero importante generar más espacios de prevención, de liderazgo y empoderamiento para las mujeres; además de que es necesario que las mujeres participen en espacios públicos para apropiarse de ellos y realizar acciones encaminadas a disminuir la violencia.

Como egresada de la licenciatura de Promoción de la Salud, propongo que en todas las licenciaturas de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México se impartan cursos o actividades con perspectiva de género, que sean impartidas por profesionales capacitados y con experiencia en género, ya que durante en mi for-



mación profesional me percaté que algunas y algunos compañeros han sido víctimas de violencia y de feminicidios en dicha institución, así mismo que las y los profesores se sensibilicen mediante cursos o talleres impartidos por profesionistas especializadas en la materia.

Debido a que la violencia contra las mujeres es un fenómeno multicausal y con serias repercusiones en todos los ámbitos sociales, considero que como promotore(a)s de la salud debemos enfrentarnos a procesos de reflexión y de análisis que nos permitan cambiar y transformar aquellos modelos culturales machistas y misóginos que normalizan cualquier acto de violencia contra las mujeres.

En este sentido, la Promoción de la Salud en el ámbito de la salud mental de las mujeres, brinda el apoyo, el soporte emocional y el bienestar social, al tiempo que se pueden crear las condiciones individuales, sociales y ambientales, con el respeto de su cultura, la equidad, la justicia social y la dignidad personal. Esto sólo será posible mediante intervenciones relacionadas con la crianza y los cuidados tempranos, las ayudas psicológicas y psicosociales individuales y familiares, mediante métodos psicoeducativos orientados al aprendizaje del afrontamiento de situaciones vitales estresantes, sin perjuicio de otras iniciativas de carácter más estructural y de ámbito comunitario.

De igual manera considero que todo (a) profesional de salud debe incluir en el interrogatorio que se les realiza a las personas que demandan atención, al menos tres preguntas acerca de la ocurrencia de algún tipo de violencia durante el último año, durante la vida y en la infancia, con énfasis en los abusos sexuales. Cabe mencionar que ser víctima de violencia en la infancia incrementa el riesgo de ser víctima de malos tratos en la vida adulta.



Las preguntas que deben de ser incluidas son las siguientes:

- ¿Durante tu infancia viviste algún tocamiento que te hizo sentir incómoda?
- ¿Sabes los tipos de violencia que existen?
- ¿Durante el último año o días has sufrido de golpes, patadas o empujones constantemente?

Creo que es importante que los planes de estudio tengan contantes actualizaciones y complementar la formación profesional del personal jurídico, psicológico y de salud con perspectiva de género, ya que no todo el personal está capacitado para atender a mujeres víctimas de violencia y, al no estar preparado o especializado en el tema, pueden brindar mala atención ocasionando daños en la salud mental de las mujeres.

Para finalizar, como propuesta ante este grave problema, se podría crear una Asociación Civil en mi comunidad junto con compañera(o)s especializados en materia de género, para que de manera respetuosa y anónima se ayude a las mujeres víctimas de violencia cuidando su integridad, brindándoles seguridad y, con ayuda de otras asociaciones, contribuir con las posibles soluciones a sus problemas.

Además, propongo que en ese tipo de asociaciones se generen espacios donde se impartan talleres para la prevención e identificación de la violencia, integrando a promotores de la salud a trabajar con mujeres que están dispuestas a cambiar su estilo de vida, generando condiciones para que creen sus herramientas y tengan más participación social y política y, de esta manera, defiendan sus Derechos Humanos.



FUENTES DE INFORMACIÓN

Bibliográficas:

- Alfonso A. (2015). *Violencia contra las Mujeres. Alerta para el personal de salud*. 2º edición. Editorial de la Mujer.
- Atilano M. (2004). *Elementos del trabajo grupal en la perspectiva de las comunidades de aprendizaje*. Cuadernos de autogestión comunitaria. Modelo autogestivo para la intervención comunitaria. Universidad de Chile.
- Bohoslavsky, R. (1971). *Orientación Vocacional: Estrategia clínica*. Buenos Aires, Editorial: I Galerna.
- Buelga, S. (2007). *El empowerment: la potenciación del bienestar desde la psicología comunitaria*. Universidad de Valencia.
- Burín M. (2000). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Paídos, España.
- Chápela M. (2008). *Promoción de la Salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria*. Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud.
- Chápela, M. C. & Jarillo E. C. (2001). *Promoción de la salud, siete tesis del debate*. Cuadernos Médico Sociales, pp. 59-69.
- Czeresznia, M. (2006). *Promoción de la salud: conceptos, reflexiones y tendencias*. Buenos Aires, Editorial: Lugar.
- Czereznia, D. (1999). *El concepto de la salud y la diferencia entre promoción y prevención*. Editorial: Cuaderno de Salud Pública.
- Dighe, A. y S. Jain. (1989). "Programa de desarrollo de la mujer: algunas evaluaciones participativas". Prashasnik, vol. XVIII, n° 1-4: 77-98.
- Ferreira, A. B. H. (1986). *Nuevo diccionario de la lengua portuguesa*. Río de Janeiro. Editorial: Nova Fronteira
- France, M. (2006). *Mujeres Maltratadas. Los mecanismos de la violencia en la pareja*. Barcelona, Buenos Aires, México. Editorial: Paidós Ibérica.
- Freire, P. (1972). *Pedagogía del oprimido*. México: Siglo XXI Editores.



- Giraldo, O. (2010). *La Promoción de la Salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludable: México*. Editorial: Padua.
- González de Haro, M. (2007). *La salud y sus implicaciones sociales, políticas y educativas*. Editorial: Universidad de Huelva.
- Gutiérrez, M.L. (1997). *La promoción de la salud*. Editorial: Universidad de Puerto Rico.
- Guzmán, G. (2010). *Construyendo la herramienta perspectiva de género: Como portar lentes nuevos*. Editorial: Universidad iberoamericana.
- Hernández, L. Rodríguez, C. *Manual de formación. Violencia contra las mujeres*. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer, 1999, p. 13.
- Instituto de las Mujeres de la Ciudad de México. (2010). *Manual conceptual y metodológico para el trabajo grupal con mujeres desde la perspectiva de género*. Editorial: Colección privada del Inmujeres. Ciudad de México.
- Instituto de las Mujeres del Distrito Federal. (2012): *Manual la violencia contra las mujeres y su impacto en la salud mental*. Editorial: Colección privada del Inmujeres. Gobierno del Distrito Federal.
- Jiménez M. (2007). *Violencia familiar y violencia de género. Intercambio de experiencias internacionales*. México: Universidad Autónoma de la Ciudad de México, p29.
- Leavell, h. and Clark, E. G. (1976). *Medicina Preventiva*. San Pablo: McGraw-Hill.
- LUPTON, D. (1995) *Imperative de Salud: la salud pública y Tize cuerpo regulado*. Londres: Sage.
- Martínez, I. (1994). *Actualización de conceptos en perspectiva de género y salud*. Universidad de Valencia.
- Molina, J. y Venegas, J. (2012). *“Del físico a la construcción identitaria” (cuerpo y movimiento)*. México: Universidad Autónoma de la Ciudad de México.
- Nutbeam, D. (1999). *Eficacia de la promoción de la salud. Las preguntas que debemos responder. En unión internacional de promoción de la salud y educación para la salud para la comisión europea. La evidencia de la*



eficacia de la promoción de la salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Parte dos.

- Palma C., (2009). *Seminario Internacional Violencia de Género.* Proyecto financiado por la unión europea. Europa. pp.8-19.
- Peña E., Hernández L., Ortiz F. (2009). *El Sujeto Sexuado: entre estereotipos y derechos. Memoria de la III Semana Cultural de la Diversidad Sexual.* Instituto Nacional de Antropología e Historia.
- Quiroz, P. (2005). Artículo de revision atencion familiar "Violencia intrafamiliar". *Atencion Familiar* , 50-55.
- Resende S. (2008). *Promoción de la Salud “empowerment” y educación: Una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria.* Salud colectiva: Buenos Aires.
- Rodríguez, F. (2006). *Determinantes de la Salud. Promoción de la Salud y cambio social.* Barcelona, Editorial: Mansson.
- Terris, M. (1990). *Política de salud pública de la década de 1990.* Ana. Review of PitblicHealtiz, pp.39-51.
- Valdés R. y Juárez C. (2009). *Violencia de género y otros factores asociados a la salud emocional de las usuarias del sector salud en México.* INPS, Cuernavaca, México.
- Zaldaña C. (2002). *La unión hace el poder. Procesos de la participación y empoderamiento.* Serie hacia la equidad. Editorial: San José,C.R,: Absoluto.
- Zimmerman, M. (1990) *Tomando acción en investigación de empoderamiento: Sobre la distinción entre individuales y psicológicos concepciones.* Editorial: En American Journal de Psicología Comunitaria.



Electrónicas:

- Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986). Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Ontario Canadá, disponible en www.ontario.com.mx/otawa (consultada 10 de abril 2016).
- Carta de México (2001), Pág. Web del Dpto. de Promoción de la Salud de la OMS, disponible en: http://carta_promoción.com.mx (consultada 12 de abril 2016).
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos, (2005), disponible en: www.ife.org.mx (consultada 10 de abril 2016).
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. 2000-2002. Disponible en: <http://www.cndh.org.mx/> (consultada 18 de abril 2016).
- Documento resultante de la tercera Conferencia Internacional (1991) sobre promoción de la salud. Junio Sundsvall, disponible en: www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/sundsvall. (consultada 13 de abril 2016).
- Dirección general de Promoción de la salud (2015). Promoción de la salud, secretaria de salud. http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/10206/2_carta_de_ottawa.pdf (consultada 10 de abril 2016).
- Instituto de las Mujeres del Distrito Federal Unidad Cuauhtémoc. (2015). Disponible en: www.inmujeres.df.gob.mx. (Consulta el 25 de agosto 2015).
- Instituto Nacional de las Mujeres. “Página Oficial”. (2015) disponible en: <http://www.inmujeres.gob.mx/inmujeres/index.php/programas>. (consulta el 23 de Octubre de 2015).
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía Panorama de violencia contra las mujeres en México. (2011). http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/estudios/sociodemografico/mujeresrural/2011/702825048327.pdf (Consultada el 16 de octubre de 2015).



- Instituto Nacional de las Mujeres “que hacemos”
<http://www.gob.mx/inmujeres/que-hacemos>(consulta 02 Febrero 2015).
- Martínez I. (2005) .Actualización de concepto en perspectiva de género y salud.
http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/03modulo_02.pdf (consultada 20 de abril 2016).
- Ley General de Instituciones y Procedimientos Electorales. (2015).
Disponible en: www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGIPE_130815.pdf
(Consultada en 26 de agosto de 2016).
- Ley del Instituto Nacional de las Mujeres.(2015). Disponible en:
http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/88_040615.pdf
(Consultada en 26 de agosto de 2016).
- Organización de Naciones Unidas, (1993). “Resolución de la Asamblea General 48/104: Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer”, en Actas de la Asamblea General de Naciones Unidas, Ginebra, pp.1-7.
<http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx> (consultada 20 de abril 2016).
- Organización Panamericana de la Salud (2005). “Día de la salud mental” (2001), Promoción de la salud mental conceptos, evidencia emergente, practica, disponible en: <http://organización.panamericana.org.mx/Washington,D.C.>(consultada 20 de abril 2016).
- Organización Mundial de la Salud Pública. (2013). Un panorama de salud mental, ginebra, disponible en: www.promocionGINEBRA.com.mx(consultada 16 de abril 2016).
- Organización Panamericana de la Salud, (1997) Municipios Saludables por la Paz. Una estrategia de promoción de la salud. Santafé de Bogotá, disponible en: www.minicipiossaludables.com.mx (consultada 18 de abril 2016).
- Organización Mundial de la Salud. (1988). Declaración sobre las recomendaciones emanadas de la segunda conferencia Internacional sobre



la Promoción de la Salud, Adelaida, Australia, Meridional, disponible en: www.ceid.edu.com.mx (consultada 10 de abril 2016).

- Organización Mundial de la Salud Ginebra (2001). Promoción de la salud mental conceptos, evidencia emergente, practica, disponible en, www.oms.promociondelasalud.com.mx(consultada 10 de abril 2016).
- Organización Mundial de la Salud (1999).Departamento de Prevención de Traumatismos de la Violencia. Disponible en, www.oms.promociondelasalud.com.mx (consultada 10 de abril 2016).
- Programa General de Igualdades y no Discriminación hacia las mujeres de la Ciudad de México. 2013-2018. <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Estatal/Distrito%20Federal/wo108094.pdf> (consultada el 17 de Octubre de 2015).
- Políticas Públicas Saludables (1988), Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. 5-9 de abril de Adelaide South Australia. Disponible, en www.conferenceonhealpromotion.com.mx(consultada 15 de abril 2016).
- Promoción de la Salud. http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/5_funciones.html (consulta el 16 de enero de 2016).
- Secretaría de Gobernación. Consejo Nacional de Población. *“Violencia en la Familia”* http://www.violenciaenlafamilia.conapo.gob.mx/en/Violencia_Familiar/Violencia_en_las_parejas(consultada el 17 de Octubre de 2015).
- Universidad Autónoma de la Ciudad de México, *“Información general”*. <http://www.uacm.edu.mx/uacm/es-es/colegios/colegiodecienciasyhumanidades/licenciaturascchy/promoci%C3%B3ndelasalud.aspx> (consultada el 02 de Noviembre de 2015).



ANEXOS





Anexo N°. 1

Características del grupo operativo en el Inmujeres D.F.

En los grupos de mujeres “Por una Vida Libre de Violencia” se trabaja bajo la modalidad del grupo operativo, esta teoría fue creada por Enrique Pichón- Riviére en la década de los 60, siendo la apropiada para la intervención desde un lugar de coordinación y de observación (Inmujeres, 2010:12).

El grupo operativo es un dispositivo técnico en donde un grupo de personas reunidas tiene una tarea en común que las convoca. La consigna es abordar dicha tarea; para ello, se cuenta con una persona que facilita, quien no aporta información teórica o técnica acerca del tema en cuestión; una observadora u observador generalmente “no participante” que mira y escribe en silencio. No hay temario previo ni orden del día, ni lista de participantes, de modo que las intervenciones suceden sin orden aparente y pueden abarcar los temas más variados (Inmujeres, 2010:12).

De vez en cuando, quien facilita el grupo emite un comentario que parece apuntar a la explicitación de algo no verbalizado por el grupo, o bien, escindido en el discurso grupal que suele articular, en cierto momento con alguna hipótesis acerca de ansiedades-resistencias que operan como obstáculo en la relación entre el grupo y su tarea.

El grupo operativo tiene como finalidad que quienes lo conforman aprendan a reflexionar en coparticipación, entendiendo que pensamiento y conocimiento no son hechos individuales, sino producciones sociales. El proceso de aprendizaje, no es cuestión de aprender una o varias técnicas; implica, más bien, un pensamiento subjetivo en donde su postura la persona genera el conocimiento y a lo que lleva a la praxis, e involucra, un esclarecimiento de los niveles tanto teóricos como ideológicos que tiene que ver con la práctica profesional (Inmujeres, 2012).



La metodología del trabajo grupal, consiste en poner en acción una concepción de psicología social que hace del grupo un campo privilegiado para el análisis de la articulación de los sujetos y los procesos sociales.

De acuerdo a la técnica de los grupos se caracterizan por:

- Están formados por un número determinado de personas donde cada una de ellas es percibida de forma diferente, dando inicio a una relación recíproca grupal.
- Son dinámicos, de tal forma que sus actividades responden a los intereses y valores de cada una de las personas.
- Posee intensidad en las relaciones afectivas, lo cual da lugar a la formación de subgrupos por afinidad.
- Hay solidaridad e independencia entra las personas, tanto dentro del grupo como fuera de éste.
- Los roles de las personas se van defendiendo y diferenciando.
- El grupo va construyendo sus códigos y lenguaje, así como sus normas y creencias.



Anexo N°.2

Bitácora de los grupos “Por una vida libre de violencia” Unidad Cuauhtémoc del Inmujeres D.F.

Mes: Septiembre 2014

Asesora responsable: Paola Espinoza Velázquez

Observadora: Zuleima Sarahi Ramos Tobias

Día y hora de las sesiones: Lunes de 16:00 a 18:00 hrs.

SESIÓN N°1

Fecha de la sesión: 08/09/2014

Número total de mujeres por sesión: 14

Tema abordado: Presentación y encuadre

Actividad 1

Técnica de “La telaraña”:

Es una técnica de distensión donde el grupo se coloca en círculo (puede ser de pie o sentados). A un miembro del grupo se le da una bola de estambre, la coordinadora es la que inicia con la técnica compartiendo su nombre, edad, y lo que le gusta hacer. Al terminar de hablar, ella se quedará con un extremo de estambre y lanzará el resto a otra compañera, quien también compartirá nombre, edad, y lo que más le gusta hacer. De igual manera, sostendrá un trozo de estambre y lo tendrá que pasar a otra compañera y así sucesivamente con el resto del grupo.



Actividad 2

“Reglas de oro”

Es un principio moral general que dice “trata a las personas de la misma forma que quieras ser tratado(a)”. Estas reglas la va determinando el grupo para que haya una mejor armonía.

SESIÓN N°2

Fecha de la sesión: 22/09/2014

Número total de mujeres por sesión: 13

Tema abordado: Construcción social de género

Actividad 1

“¿Qué te pica?”:

Todas las integrantes deben estar colocadas en círculo, y de una en una van diciendo su nombre y una parte del cuerpo que les pique. En su turno, cada integrante debe hacer lo anterior y, a la vez, mencionar el nombre y la parte del cuerpo que les picaba a las demás.

Actividad 2

“Las tarjetas”

La actividad consistía en sentar a las participantes en círculo e irles entregando unas tarjetas que contenían valores, características con relación a hombres y mujeres, para este ejercicio también se colocaron dos figuras de hombre y mujer en la pared.

Posteriormente, se les explica que tiene que pasar a colocar la palabra que les tocó en la figura que cree que le corres-



ponde. Es decir, si a alguien le tocó la palabra *responsabilidad* tienen que escoger si va en la silueta del hombre o en la silueta de la mujer.

Después de la colocación de tarjetas, se realiza un análisis grupal con el objetivo de reflexionar sobre características biológicas, comportamientos sociales y culturales de cada sexo.

SESIÓN N°3

Fecha de la sesión: 29/09/2014

Número total de mujeres por sesión: 11

Tema abordado: Derechos Humanos de las mujeres

Actividad 1

“Identificación de mi derecho”:

Es una actividad de distensión donde la asesora les pide a las mujeres que formen un círculo y les explica que tienen que decir su nombre y un derecho como apellido. Ejemplo: *Hola, yo me llamo Saray mi apellido es Libertad.*



Mes: **OCTUBRE 2014**

Asesora responsable: Paola Espinoza Velázquez

Observadora: Zuleima Sarahi Ramos Tobias

Día y hora de las sesiones: Lunes de 16:00 a 18:00 hrs.

SESIÓN N°4

Fecha de la sesión: 06/10/2014

Número total de mujeres por sesión: 14

Tema abordado: Tipos y modalidades de la violencia

Actividad 1

“La importancia del poder”:

Es una técnica de distensión donde se les asignan letras (A y B) a cada mujer, con base en estas letras se forman dos equipos dándoles instrucciones de lo que cada equipo tiene que hacer, siendo A la persona obediente y B la persona que daba órdenes. A las mujeres que les tocó dar órdenes se les pidió que salieran del aula para darle las instrucciones de la dinámica.

La asesora les dice al equipo de afuera (B) que tienen que darles a sus compañeras órdenes sobre lo que quieran, por ejemplo: “brinca, agáchate, grita”, etc. Todas las órdenes tienen que ser adentro del aula, después de recibir instrucciones les indica que entren.

A las personas obedientes (las mujeres que estaban dentro del aula) les indicó: “en cuanto entren sus compañeras tienen que obedecer a sus indicaciones”.

Al estar ambos equipos dentro del aula la asesora les indica que tienen cinco minutos para realizar la actividad, en cuanto acabó la dinámica intercambiaron papeles, es decir, la persona A tie-



ne que dar órdenes y la B debe ser obediente, realizando la misma actividad.

Actividad 2

Técnica de comunicación “La moneda”:

Se le pide a dos voluntarias que salgan del salón y a las que se quedaron en el aula les da la indicación de que pongan una moneda en la planta del pie o en la mano; asimismo, tienen prohibido decirles donde está la moneda.

La asesora les indica a las dos usuarias que salieron que encuentran obtengan la moneda que sus compañeras guardaron en cuanto entren al salón.

Actividad 3

“El abuso del poder”:

Esta técnica de comunicación consiste en formar un círculo con las mujeres adentro del aula y sólo una voluntaria se pone en cuclillas dentro del círculo, mientras que las otras ponen sus manos sobre el cuerpo de la mujer en cuclillas con el objetivo de impedir que se levante.

Actividad 4

“Técnica de resolución de conflictos”:

La asesora les da la instrucción de que cada una en forma individual escribirá en una hoja su respuesta a cada pregunta que se les va a leer. Las indica que tendrán tiempo suficiente para contestar cada pregunta tranquilamente. Las preguntas son las siguientes:

¿Cómo las han violentado?

¿Cómo se sentían cuando eran violentadas? ¿Cómo ellas han violentado?

¿Cómo ellas se han sentido cuando han violentado a alguien?



SESIÓN N°5

Fecha de la sesión: 13/10/2014

Número total de mujeres por sesión: 12

Tema abordado: Síndromes de la violencia

Actividad 1

“Escribir de acuerdo a las frases”:

En esta técnica la asesora escribe frases incompletas en el pizarrón y las mujeres tienen que escoger una de esas frases y completar la de acuerdo con lo que se sintieron identificadas.

SESIÓN N°6

Fecha de la sesión: 20/10/2014

Número total de mujeres por sesión: 12

Tema abordado: Circulo de la violencia

Actividad 1

“Sociodrama”:

En esta actividad tienen que representar una situación de violencia, dando a conocer cómo inicia la agresión y cómo concluye.

Para esta dinámica, la asesora forma equipos equitativos y les da cinco minutos para que se pongan de acuerdo sobre la historia que quieren representar.



SESIÓN N°7

Fecha de la sesión: 27/10/2014

Número total de mujeres por sesión: 13

Tema abordado: Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia

En esta sesión solo hubo una recapitulación de las sesiones anteriores; y como técnica de comunicación se trabajó con una pregunta acerca de lo que es la violencia.

Mes: **Noviembre 2014**

Asesora responsable: Paola Espinoza Velázquez

Observadora: Zuleima Sarahi Ramos Tobias

Día y hora de las sesiones: Lunes de 16:00 a 18:00 hrs.

SESIÓN N°8

Fecha de la sesión: 03/11/2014

Número total de mujeres por sesión: 14

Tema abordado: Tipos y modalidades de la violencia

Actividad 1

“Técnica las conejeras”:

La asesora les pide a las usuarias que formen equipos de tres personas donde dos se toman de las manos y forman un círculo que será llamado conejera. La tercera persona se mete dentro de la conejera pasando a ser conejo. La asesora también forma parte del equipo.



Posteriormente, se dan las siguientes indicaciones:

1.- Cambio de conejos: En este momento las conejeras se quedan en su lugar sin moverse, sólo levantan las manos para que el conejo salga y busque su nueva conejera. Aquí la asesora también buscará su propia conejera, por lo tanto, queda un conejo nuevo que a su vez tendrá que coordinar el juego...

2.- Cambio de conejeras: Aquí solo se mueven que forman las conejeras. Los conejos se quedan quietos esperando una nueva conejera.

3.- Cambio de todo: Aquí se deshacen completamente los equipos y se rehace con nuevos integrantes, y así sucesivamente. El tiempo sugerido es de 15 minutos aproximadamente.

Actividad 2

“Teléfono descompuesto”:

La asesora pide a una voluntaria del grupo que manifieste una situación de violencia que viven las mujeres (tiene que actuar).

Le pide que le hable por teléfono a una persona de confianza, la persona de confianza tiene que buscar una pronta solución y así sucesivamente.



SESIÓN N°9

Fecha de la sesión: 10/11/2014

Número total de mujeres por sesión: 11

Tema abordado: Autonomía económica y empoderamiento

Actividad 1

“Masaje de espaldas”:

Las participantes forman un círculo cerrado, viendo hacia la espalda de la persona que se encuentra a la derecha. Todas se acercan a sus vecinas y, siguiendo las pautas de la coordinadora, empiezan a dar un ligero masaje en la espalda de su vecina. Primero mueven las manos por encima de la espalda, como si fueran ratones, luego como serpientes, después como pezuñas de caballo, patas de elefante, etc. Al final se repiten todos los movimientos en orden invertido.

SESIÓN N°10

Fecha de la sesión: 24/11/2014

Número total de mujeres por sesión: 11

Tema abordado: Cine debate “Te doy mis ojos”

Se proyecta la película “Te doy mis ojos”. Es un filme español de drama social de 2003; dirigida por Iciar Bollaín y protagonizada por Laia Marull y Luis Tosar, acerca del tema la de violencia contra la mujer.

La asesora de manera expositiva explica los tipos y modalidades de violencia; posteriormente les explica de manera general la “Ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia” resaltando las instancias donde pueden recibir ayuda.



Mes: **Diciembre 2014**

Asesora responsable: Paola Espinoza Velázquez

Observadora: Zuleima Sarahi Ramos Tobias

Día y hora de las sesiones: Lunes de 16:00 a 18:00 hrs.

SESIÓN N°11

Fecha de la sesión: 01/12/2014

Número total de mujeres por sesión: 13

Tema abordado: Proyecto de vida

Actividad 1

“Emprender un viaje”:

Se inició la sesión con una técnica de relajación y posteriormente se procedió a realizar una fantasía guiada, la cual consistía en imaginar que iban a emprender un viaje, disfrutando del mar, brisa, aire, sol, etc.; dicho viaje lo realizarían solas, al regresar de éste, tendrían presente qué es lo que necesitan para sentirse bien.



Actividad 2

“Cuadro de metas”:

La asesora les pide que realicen un cuadro de metas dividiéndolo en tres secciones de forma vertical.

En esas tres secciones tienen que poner metas a corto, mediano y largo plazo. De forma horizontal, en el cuadro deben agregar las diferentes áreas de su vida como salud, laboral, académica, relaciones interpersonales, etc.; así como también escribir el cómo para lograr dichas metas.

Ejemplo del cuadro:

Metas	Corto	Mediano	Largo plazo
Áreas de mi vida			
SALUD			
LABORAL			
ACADÉMICA			
RELACIONES INTERPERSONALES			

SESIÓN N°12

Fecha de la sesión: 08/12/2014

Número total de mujeres por sesión: 14

Tema abordado: Evaluación y cierre

Como técnica de comunicación hubo una mesa redonda donde la asesora evaluó que el aprendizaje las mujeres a través de las sesiones mencionando las siguientes preguntas que ayudaron dicha evaluación.



Anexo N°. 3

Contenido y llenado de las atenciones especializadas

- Antecedentes de violencia

Cuando en la atención especializada se detecta que la mujer vive violencia, la asesora tendrá que registrar esta información en este apartado.

Dependiendo del tipo y modalidad de la violencia generada contra la persona consultante, se registrará la opción u opciones correspondientes. Por lo general, una mujer vive varios tipos de violencia, por lo que la asesora podrá marcar más de dos opciones.

Asimismo, es importante registrar los datos de los agresores. Entre los datos relevantes que se deben recabar son: sexo, edad, ocupación, escolaridad y, si es posible, el domicilio y la media filiación, que son las características fenotípicas del agresor.

- Número de averiguación previa

Esta información será recabada siempre y cuando la mujer haya iniciado denuncia o demanda ante la autoridad competente.

- Lugar de los hechos

Hay varias opciones para que las asesoras o asesores marquen cuales fueron los lugares y espacios en donde se cometió el delito.

- Derivación Interna

La derivación interna se refiere a, cuando la asesora que brindó la atención especializada, deriva a la mujer a otros servicios del instituto con la finalidad de reforzar las alternativas de solución del caso presentado.



La derivación puede ser a otra asesoría especializada, o bien, a los grupos de psicoterapia breve, de reflexión, de prevención de la violencia, cursos, etc. Esta derivación tiene que realizarse con el consentimiento de la persona interesada.

- **Canalización**

Cuando la persona que acudió a los servicios de Inmujeres D.F. requiere de otro servicio especializado, el cual es brindado por otra instancia ya sea de gobierno o de la sociedad civil, la asesora tendrá que realizar un oficio de canalización dirigido a la persona responsable de la institución.

El número de canalización se anota en la ficha de atención especializada, con el objetivo de tener un soporte que confirme que la mujer fue canalizada a otra instancia para que sea atendida. Es conveniente que la asesora lleve un registro de seguimiento de canalizadores y el tipo de servicio brindado.

- **Acompañamiento**

El acompañamiento de las mujeres por parte de las y los asesores de las 16 unidades delegacionales del Inmujeres D.F., se hace en casos extremos, como por ejemplo: violación; violencia familiar en donde peligre la vida de la mujer; cuando se niegue el servicio de Interrupción legal del embarazo a mujeres solicitantes en los hospitales habilitados para dicho procedimiento; para mujeres que solicitan albergues. O en casos, donde la víctima sea menor de edad.

O bien, cuando las mujeres se encuentren en total indefensión y no pueden defender sus derechos humanos, como por ejemplo: que carezcan de redes de apoyo, que no sepan leer o escribir, que provengan de otro estado y desconozcan la ciudad, etc.

Dependiendo del caso, la coordinadora de las Unidades o la Dirección General de Unidades, determinarán qué asesora o asesor realizará el acompañamiento. Ejemplo: En caso de violación puede acudir una abogada, psicóloga o ambas. Para casos de violencia familiar, puede realizar el acompañamiento la



asesora especializada en los grupos de prevención de la violencia, junto con alguna abogada o abogado.

- Cita de Seguimiento

Si la asesora o el asesor otorgaron otra cita a la persona a la que le brindaron la atención especializada, anotará la fecha y el día de la cita de seguimiento.