

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**

**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**MAESTRIA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**



**TESIS**

“Relación entre la Violencia, Depresión y Salud General, de las usuarias del Módulo de Atención y Protección a los Derechos de la Mujer, de Ciudad Mujer, Tegucigalpa, Honduras, 2021”

**Presentada por: Rosa María Paguada Figueroa**

Para optar al grado de Máster en Psicología Clínica

Asesor: Msc. Miguel Omar Landa Blanco

Tegucigalpa, M.D.C., Honduras, C.A.

19 de Julio de 2022

## **LISTADO DE AUTORIDADES UNIVERSITARIAS**

Doctor Francisco José Herrera Alvarado  
Rector Interino

Máster Belinda Flores de Mendoza  
Vice-Rectora Académica

Abogada Emma Virginia Rivera Mejía  
Secretaria General

Máster Magda Elsy Hernández  
Directora de Docencia

Doctor Armando Euceda  
Director Sistema de Estudios de Postgrado

Carmen Julia Fajardo  
Decana Facultad de Ciencias Sociales

Máster María José Irías Escher  
Coordinadora General Postgrados Facultad de Ciencias Sociales

Máster Andrea Cecilia Castillo  
Jefa de la Escuela de Ciencias Psicológicas

Máster Yaraní Echenique  
Coordinadora Académica Maestría en Psicología Clínica

Máster Miguel Landa Blanco  
Coordinador de Investigación y Vinculación de la Maestría en Psicología Clínica

## Agradecimientos

Una tesis de maestría se construye con inteligencia, sabiduría, persistencia, disciplina, fuerza interna, aportes y asesoramiento de muchas personas, todas ellas han sumado de forma fructífera a este estudio de investigación, Mi agradecimiento a Dios por ser mi guía cada día, mi sustento, a mi familia por su amor, paciencia y apoyo constante. Mi agradecimiento infinito para las personas que fueron la pieza fundamental en este estudio, quienes colaboraron de forma directa con la información que brindaron; las usuarias que asistieron por primera vez buscando atención psicológica al Módulo MAPRODEM, a su directora; centro ubicado en Ciudad Mujer de la Colonia Kennedy: la Licenciada Flavia María Pérez Sarmiento, a las Licenciadas en psicología Hilda María Torres, y demás personal en atención a usuarias.

Mis muestras de agradecimiento también para los profesionales del derecho, Abogada Sobeyda Godoy, por facilitarme los medios diplomáticos para que este estudio pudiese llevarse a cabo, y a la Abogada Yeimi Colindres por brindarme asesoramiento referente al tema de violencia de género.

Agradezco infinitamente a los coordinadores de la Maestría en Psicología Clínica de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, a la coordinadora; Máster Yaraní Echenique, al Máster en investigación Miguel Omar Landa Blanco y mi asesor de tesis, a la Máster Blanca Fernández, a las Licenciadas Elizabeth Pineda Pérez, Reina Gabriela Salgado Rosales, Waleska Alessandra Herrera Núñez y al colega Nelman Darío Raudales Zepeda, por apoyarme en cada uno de los pasos en este proceso.

## **Dedicatoria**

La violencia de género no tiene edad, religión, clase social. Mujeres brillantes y con una excelente formación educativa, han experimentado violencia por el hecho de ser mujer. Dedico este proyecto de tesis de investigación a todas las instituciones gubernamentales y no gubernamentales, que brindan abordaje psicológico a mujeres que son sobrevivientes de violencia por razones de género.

También a las mujeres que han podido recuperar su vida después de haber experimentado los diversos tipos de violencia, en manos de sus agresores, que han tenido la valentía para romper con ese círculo, que han podido sanar internamente y resignificar el dolor que dejó las secuelas de la violencia en su vida, y sus familias.

Sobre todo dedico este estudio a las ciento cincuenta y dos usuarias del Módulo de Atención y Protección de los Derechos de la Mujer; que se atrevieron a desatar esa cadena de sufrimiento y buscar ayuda para comenzar una vida digna, libre de violencia y malos tratos. Derecho expresado en nuestra normativa legal nacional e internacional, de protección a los derechos de la mujer.

## Resumen

El presente trabajo de investigación está orientado a describir la relación que existe entre la violencia de género y la depresión, y sus implicaciones en la salud de las mujeres sobrevivientes, usuarias del Módulo de Atención y Protección a los Derechos de la Mujer, en Ciudad Mujer, Colonia Kennedy, Tegucigalpa. Para lo cual se aplicaron la Escala de Depresión de Beck (BD-II), La Escala de Violencia (VIFJ4), y la Escala de Salud General de Golberg(GHQ), a una muestra de 152 usuarias que cumplieron con los criterios de inclusión y con las consideraciones éticas establecidas en el documento. El cuerpo del documento inicia con la importancia de abordar esta problemática, y los objetivos de la investigación.

Para el marco teórico se tomaron como base las teorías para describir los orígenes de la violencia, y explican cómo influyen en la salud de las personas que lo experimentan, en el marco contextual se citan investigaciones recientes que explican la relación de la violencia y la depresión, así como también se incluye el marco legal e instituciones que velan por los derechos de la mujer. Es un estudio mixto, y en sus resultados destaca que un 61% de las usuarias abordadas presentan depresión, aunque exista una correlación baja entre violencia de género y depresión. Es importante destacar que la información recolectada a través de entrevistas a expertos, describen a la violencia como un ciclo que inicia con la violencia física, y posteriormente continua con los otros tipos de la violencia, esto se relaciona a los resultados obtenidos cuantitativamente ya que todas las usuarias han experimentado todos los tipos de violencia.

En cuanto a la salud en general, la correlación no es significativa ya que a pesar que todas las usuarias han experimentado todos los tipos de violencia, la salud general de ellas no está directamente relacionada; sin embargo un alto porcentaje de ellas manifestó presentar problemas de concentración, pérdida de sueño por preocupación, agobio y tensión, menos disfrute en las actividades cotidianas, infelicidad y depresión. La mayoría siente que le cuesta más superar las dificultades.

*Palabras clave:* Violencia de Género, Depresión, Salud General

## Abstract

This research work is aimed at describing the relationship between gender violence and depression, and its implications for the health of surviving women, users of the Module for Care and Protection of Women's Rights, in Ciudad Mujer. , Colonia Kennedy, Tegucigalpa. For which the Beck Depression Scale (BD-II), the Violence Scale (VIFJ4), and the Goldberg General Health Scale (GHQ) were applied to a sample of 152 users who met the inclusion criteria. and with the ethical considerations established in the document. The body of the document begins with the importance of addressing this problem, and the objectives of the research.

For the theoretical framework, theories were taken as a basis to describe the origins of violence, and explain how they influence the health of people who experience it, in the contextual framework recent research is cited that explains the relationship between violence and depression. , as well as the legal framework and institutions that ensure women's rights. It is a mixed study, and its results highlight that 61% of the users addressed have depression, although there is a low correlation between gender violence and depression. It is important to note that the information collected through interviews with experts describe violence as a cycle that begins with physical violence, and then continues with other types of violence. This is related to the results obtained quantitatively, since all users have experienced all types of violence.

Regarding health in general, the correlation is not significant since, although all users have experienced all types of violence, their general health is not directly related; however, a high percentage of them reported concentration problems, loss of sleep due to

worry, overwhelm and tension, less enjoyment in daily activities, unhappiness and depression. Most feel that it is more difficult for them to overcome difficulties.

*Keywords:* Gender Violence, Depression, General Health.



## Tabla de Contenido

|   |    |
|---|----|
| Introducción .....  | 1  |
| 1. Planteamiento del Problema .....                                     | 3  |
| 1.1. Construcción del Objeto de Estudio .....                           | 3  |
| 1.2. Preguntas de Investigación .....                                   | 6  |
| 1.3 Objetivos.....  | 6  |
| 1.3.1 Objetivo General.....   | 6  |
| 1.3.2 Objetivos Específicos .....                                       | 6  |
| 1.4 Justificación .....   | 8  |
| 1.5 Viabilidad del Estudio .....  | 9  |
| 2. Marco Teórico .....  | 11 |
| 2.1 Violencia.....  | 11 |
| 2.2 Depresión.....  | 18 |
| 2.3 Teorías que sustentan la relación entre violencia y depresión ..... | 19 |
| 2.3.1 Teoría del Conflicto.....   | 19 |
| 2.3.2 Teoría Freudiana de la personalidad.....                          | 20 |
| 2.3.3 Teoría Biológica de la personalidad .....                         | 24 |
| 2.3.4 Teoría Sociológica de la Violencia.....                           | 25 |
| 2.3.5 Teoría del Aprendizaje Social .....                               | 27 |
| 2.3.6 Teoría Cognitiva .....  | 27 |
| 2.3.7 La teoría de la Desesperanza .....                                | 29 |
| 2.3.8 Teoría de Género .....  | 30 |
| 2.3.9 Teoría Generacional .....   | 32 |
| 2.3.10 Teoría Sistémica .....   | 34 |
| 2.3.11 Modelo Ecológico.....  | 34 |
| 2.3.12 Teoría del Delito .....  | 36 |
| 3. Marco Contextual.....  | 42 |
| 3.1 Estadísticas Contexto Internacional Sobre Violencia de Género ..... | 42 |
| 3.2 Estadísticas sobre violencia de género en el Contexto Nacional..... | 47 |

|  |    |
|--|----|
| 3.3 Estadísticas sobre violencia de género en MAPRODEM .....                     | 51 |
| 3.4 Marco Legal/Normativo .....  | 52 |
| 3.4.1 Instrumentos Internacionales .....   | 52 |
| 3.4.2 Instrumentos Normativos Nacionales.....                                    | 55 |
| 3.4.3 Políticas Públicas Nacionales a favor de la Mujer .....                    | 57 |
| 3.4.4 Normativa Municipal a Favor de la Mujer .....                              | 58 |
| 3.5 Instituciones al Servicio de la Mujer .....                                  | 58 |
| 3.5.1 Instituciones Gubernamentales .....  | 58 |
| 3.5.2 Instituciones no Gubernamentales .....                                     | 60 |
| 4. Metodología de la Investigación.....  | 61 |
| 4.1 Enfoque, alcance y diseño .....  | 61 |
| 4.2 Técnicas de Recolección de Información.....                                  | 62 |
| 4.2.1 Inventario de Depresión de Beck –II (BDI-II). .....                        | 63 |
| 4.2.2 Escala de violencia Intrafamiliar J4.....                                  | 66 |
| 4.2.3 Cuestionario de Salud General de Goldberg. ....                            | 68 |
| 4.3 Población y muestra .....  | 69 |
| 4.3.1 La población .....   | 69 |
| 4.3.2 Muestra .....  | 69 |
| 4.4 Consideraciones Éticas .....   | 71 |
| 4.4.1 Criterios de Inclusión.....  | 71 |
| 4.4.2 Estándares Éticos en los que se llevó a cabo la recolección de datos ..... | 72 |
| 4.5 Plan de Análisis .....   | 74 |
| 4.5.1. Transcripción de Entrevistas .....  | 74 |
| 4.5.2 Codificación de datos.....   | 77 |
| 4.5.3 Triangulación de datos.....  | 76 |
| 5. Resultados.....   | 77 |
| 5.1 Parte Cualitativa .....  | 77 |
| 1. Tipos de Violencia.....   | 78 |
| 1.1 Violencia Física .....   | 78 |

|   |     |
|---|-----|
| 1.2 Violencia Sexual.....   | 79  |
| 1. 3 Violencia Psicológica .....  | 79  |
| 1. 4 Violencia Patrimonial .....  | 81  |
| 1. 5 Violencia Doméstica.....   | 81  |
| 1.6 Violencia Social.....   | 82  |
| 2. Estado mental .....  | 82  |
| 1.1 Emocional.....  | 83  |
| 1.2 Cognitivo .....   | 84  |
| 1. 3. Conductual.....   | 85  |
| 1.4 Afecciones Mentales.....  | 85  |
| 5. Núcleo de Violencia .....  | 86  |
| 5.1 Hogar .....   | 86  |
| 5. 2 Entorno Laboral.....   | 87  |
| 5.3 Entorno Comunal.....  | 87  |
| 5.2 Parte Cuantitativa .....  | 88  |
| 5.2.1: Tipos de Violencia.....  | 88  |
| 5. 2.2 Salud General .....  | 94  |
| 5. 2.2.1 Indicadores presentados por las usuarias sobre la salud en general ..... | 94  |
| _Toc1000674185.2.3 Niveles de Depresión.....                                      | 100 |
| 4. Relación entre Violencia, Depresión y Salud General .....                      | 112 |
| 4.1 Violencia y Depresión .....   | 112 |
| 4.2 Violencia y Salud General.....  | 113 |
| 5. Triangulación de datos .....   | 115 |
| 6. Discusión .....  | 116 |
| 9. Limitaciones del estudio.....  | 126 |
| 10. Futuras investigaciones.....  | 127 |
| Bibliografía.....   | 128 |
| Anexos .....  | 1   |

## Índice de Anexos

|  |    |
|--|----|
| Anexo 1: Documento de Consentimiento Informado.....                | 1  |
| Anexo 2: Consentimiento informado para profesionales expertos..... | 4  |
| Anexo 3: Inventario de Depresión de Beck –II (BDI-II). ....        | 5  |
| Anexo 4: Escala de violencia Intrafamiliar J4.....                 | 10 |
| Anexo 5: Escala de Salud General de Golber. ....                   | 12 |
| Anexo 6. Transcripción de entrevistas .....                        | 15 |
| Anexo 7. Preguntas semiestructuradas .....                         | 47 |

## Índice de Figuras

|   |     |
|---|-----|
| Figura 1. Tipos de Violencia experimentado por las usuarias.....                        | 103 |
| Figura 2. Niveles de Depresión encontrados en las usuarias.....                         | 100 |
| Figura 3. Niveles de Depresión según edad .....   | 101 |
| Figura 4. Niveles de Tristeza presentado por las usuarias.....                          | 103 |
| Figura 5. Pérdida de Placer experimentado por as usuarias .....                         | 118 |
| Figura 6.Sentimientos de Culpa presentados por las usuarias abordadas .....             | 105 |
| Figura 7. Porcentaje de usuarias que presentan Pensamientos e Ideas Suicidas .....      | 106 |
| Figura 8. Frecuencia de Llanto presentado por las usuarias.....                         | 107 |
| Figura 9. Estado de sueño presentado por las usuarias abordadas .....                   | 108 |
| Figura 10. Cambios en el Apetito de las usuarias abordadas .....                        | 109 |
| Figura 11. Nivel de Concentración de las usuarias que han experimentado violencia ..... | 110 |
| Figura 12. Cansancio y Fatiga presentado por las usuarias abordadas.....                | 111 |
| Figura 13. Pérdida de Interés Sexual de las usuarias abordadas .....                    | 112 |

## Índice de tablas

|  |     |
|--|-----|
| Tabla 1. Casos de mujeres con diagnóstico de depresión atendidas en Módulo MAPRODEM en los últimos tres años. .... | 51  |
| Tabla 2 .Características y descripción del Inventario de Depresión de Beck. ....                                   | 63  |
| Tabla 3. Características y descripción de la Escala de Violencia Intrafamiliar J4.....                             | 66  |
| Tabla 4. Determinación de la consistencia interna de la escala VIFJ4 .....   | 67  |
| Tabla 5. Características y descripción del Cuestionario .....  | 68  |
| Tabla N° 6. Determinación de la consistencia interna de la escala.....   | 84  |
| Tabla 7. Descripción de las participantes del estudio por Profesión, sexo y edad.....                              | 70  |
| Tabla 8. Edades de las usuarias que participaron en el estudio.....  | 71  |
| Tabla 9. Fases del proceso de Análisis.....  | 74  |
| Tabla 10. Niveles de Violencia experimentados por las usuarias .....   | 89  |
| Tabla 11. Niveles de Violencia Física.....   | 89  |
| Tabla 12. Niveles de Violencia Psicológica.....  | 90  |
| Tabla 13. Niveles de Violencia Sexual .....  | 91  |
| Tabla 14. Niveles de Violencia Social .....  | 92  |
| Tabla 15. Niveles de Violencia Patrimonial.....  | 92  |
| Tabla 16. Niveles de Violencia de Género.....  | 93  |
| Tabla 17. Niveles de concentración de las usuarias abordadas .....   | 94  |
| Tabla 18. Frecuencia en que las preocupaciones hacen que las usuarias pierdan el sueño                             |     |
| Tabla 19. Frecuencia en que las usuarias han presentado tensión y agobio.....                                      | 96  |
| Tabla 20. Capacidad de las usuarias abordadas para disfrutar actividades de cada día .....                         | 97  |
| Tabla 21. Nivel de felicidad de las usuarias abordadas.....  | 98  |
| Tabla 22. Capacidad para superar dificultades presentado por las usuarias abordadas .....                          | 99  |
| Tabla 23. Nivel de confianza en ellas mismas .....   | 100 |

|   |     |
|---|-----|
| Tabla 24. Correlación entre Violencia Total y Depresión.....                                    | 113 |
| Tabla 25. Correlación entre la Violencia Salud General .....                                    | 114 |
| Tabla 26 Triangulación de resultados de análisis de datos cualitativos y cuantitativos<br>..... | 115 |

## **Introducción**

En el presente estudio de investigación; daré a conocer la relación existente entre la violencia, la depresión, y la salud en general de mujeres sobrevivientes de violencia. El desarrollo de este trabajo se enmarca en un proceso estructurado en distintas fases, tomando como punto de partida la problemática que están experimentando una gran cantidad de mujeres en Honduras, y que de alguna forma se ha visto agudizada en tiempos de pandemia, posteriormente se especificaron los objetivos del estudio, la justificación y viabilidad.

Para fundamentar la temática a investigar se describieron una serie de teorías que sirven de punto de referencia teórica, tanto para establecer los orígenes de la violencia y la depresión, conceptualizando cada variable y sus tipos. Continuando con la estructura del cuerpo del estudio, se hace referencia a investigaciones que se han hecho previamente a nivel nacional e internacional, que relacionan las experiencias violentas con el Trastorno depresivo en sus distintos niveles, así como también las consecuencias de esta en la salud en general de las mujeres sobrevivientes.

Para la selección de la población se realizaron las gestiones pertinentes, para llegar hasta una población consignada en una institución que interviniera a usuarias que hubieren experimentado situaciones violentas dentro del hogar, para lo que se solicitó al Módulo de Atención y Protección de los Derechos de la Mujer, quien brinda apoyo psicológico, social, y legal a mujeres que lo visitan, por orden de un Juez, o por iniciativa propia, quienes de forma diplomática accedieron a cooperar en el proyecto de investigación.



Se tomaron en cuenta criterios de inclusión para la muestra, que se detallan con mayor énfasis en el apartado de metodología de la investigación, así como también las consideraciones éticas, el diseño y método de recolección de información.

Se realizó una investigación de tipo mixta, con ella se realizó una indagación más amplia de la problemática, la parte cualitativa se llevó a cabo mediante la realización de entrevistas semi estructuradas, mismas que se realizaron a personas expertas que son profesionales que se desenvuelven de forma interdisciplinaria; Psicólogos (as), Trabajadora Social, y del área legal, y el segundo momento de la fase de recolección de información, se llevó a cabo en las instalaciones del Módulo de Atención y Protección a los Derechos de la Mujer, en la cual se abordó a 152 usuarias, que cumplieran con los criterios de inclusión y con todas las consideraciones éticas preestablecidas.

En la fase de Resultados, los datos se analizaron mediante herramientas de análisis establecidos en el apartado de plan de análisis, en primera instancia se pudo constatar la confiabilidad de los instrumentos utilizados para el abordaje, y la relación que existe entre ellos, seguidamente los resultados obtenidos de toda la información recabada.

La penúltima fase, consistió en la organización de cada uno de los resultados, dando por ejecutado los objetivos propuestos y respondiendo a las preguntas planteadas en el estudio, estructurando la parte de resultados en tablas, y figuras y finalmente concluyendo con la discusión de los resultados, basándolos en las teorías propuestas, en investigaciones descritas en el cuerpo del documento, y en lo expresado por los expertos entrevistados.

## 1. Planteamiento del Problema

### 1.1. Construcción del Objeto de Estudio

Según la Organización Mundial de la Salud (2019), las enfermedades del estado de ánimo últimamente han afectado a millones de personas a nivel mundial, por lo tanto Honduras no es la excepción. El trastorno depresivo mayor, la esquizofrenia, el trastorno bipolar y el autismo son algunas de las enfermedades más discapacitantes y costosas. Afectan a individuos de edad joven y conllevan morbilidad física y muerte prematura (Rudolf Uher, 2017). Así también en el Manual Diagnóstico de Enfermedades Mentales (2013) la depresión se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva.

Según la Organización Mundial de la Salud (2018) la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. La depresión puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan cerca de 800 000 personas, y el

suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años (OMS, 2018). En un estudio realizado en Honduras en la Comunidad de Villa Nueva, Departamento de Cortés se encontró una prevalencia puntual para depresión de 13.2%. La mujer en la familia es la más afectada (UNAH, 2016). Las enfermedades mentales en Honduras constituyen una problemática que tienen sus causas en otras problemáticas que afectan directamente al ciudadano y a la ciudadana que van en secuencia como ser la pobreza, la violencia en todos los contextos (Velásquez, 2002).

En relación a la violencia y depresión un estudio realizado en Uruguay en el 2017, se relaciona a la depresión e ideación suicida con la exposición de la mujer a la violencia y muy especialmente a la violencia de pareja, en este estudio lo asocia como un factor de riesgo alto para depresión y para conductas suicidas (Martinez, 2019). Hay estudios que demuestran que las mujeres que fueron acosadas o maltratadas sexualmente en su niñez tienden más a sufrir de depresión clínica en algún momento de su vida en comparación con las que no tuvieron esa experiencia. Además, varios estudios muestran una mayor incidencia de depresión entre las mujeres que fueron víctimas de violencia y violación sexual en la adolescencia o en la edad adulta. Estas observaciones son muy importantes, ya que más mujeres que hombres han sido víctimas del abuso sexual en la niñez (Cantón Cortés & Cortés, 2015).

En investigaciones realizadas en México se constató que la violencia intrafamiliar se encontraba asociada con depresión mayor. Otros estudios realizados en Paraguay ya habían encontrado vinculación entre la presencia de depresión y antecedentes de violencia intrafamiliar o de pareja en población de estudiantes de nivel medio, en mujeres embarazadas y mujeres puérperas; todos asociados al haber padecido violencia intrafamiliar (Fresco M. d., 2018). En

otros estudios las mujeres que han sido víctimas de otras formas comunes de maltrato, como el maltrato físico o el acoso sexual en el trabajo, pueden también tener una mayor incidencia de depresión. El maltrato puede llevar a la depresión porque baja la autoestima y causa tristeza, culpabilidad y aislamiento social. Es posible que existan factores de riesgo para la depresión de tipo biológico y ambiental (INSM, 2011).

Esta problemática se ha agudizado por las medidas de prevención implementadas ante el contagio de la COVID-19. Esto debido a que las mujeres se ven obligadas a permanecer en sus hogares con sus agresores, en un momento donde las tensiones económicas y sociales se han incrementado y el acceso a los canales de denuncia y servicios públicos de atención, prevención y sanción de la violencia se han visto debilitadas. Según reporte de la Policía Nacional, han sido 103,063 Llamadas de emergencia al 911 por violencia doméstica o intrafamiliar en el 2020, incrementándose las lesiones a mujeres en un 22%, siendo más afectadas las mujeres jóvenes de entre 15 y 24 años (30 %) y niñas y adolescentes de 0 a 19 años (20,6 %) (CARE, 2020)

## **1.2. Preguntas de Investigación**

1. ¿Qué niveles de depresión presentan las mujeres víctimas de violencia del Módulo de Atención y Protección de los Derechos de la Mujer, Ciudad Mujer, Tegucigalpa, Honduras, 2021.
2. ¿Qué relación tiene la violencia con la depresión en las usuarias del Módulo de Atención y Protección de los Derechos de la Mujer, Ciudad Mujer, Tegucigalpa, Honduras, 2021.
3. ¿Qué relación hay entre la violencia y la salud en general de las usuarias del Módulo de Atención y Protección de los Derechos de la Mujer, Ciudad Mujer, Tegucigalpa, Honduras, 2021.

## **1.3 Objetivos**

### ***1.3.1 Objetivo General***

Analizar la relación de la violencia, depresión y la salud general en usuarias que visitan el Módulo de Atención y Protección de los Derechos de la Mujer de Ciudad Mujer, Tegucigalpa, Honduras 2021.

### ***1.3.2 Objetivos Específicos***

- Conocer los tipos de violencia sufridos por usuarias víctimas que llegan por atención psicológico al Módulo de Protección de los Derechos de la Mujer de Ciudad Mujer Tegucigalpa, Honduras en el año 2021.
- Describir el estado de salud general de las usuarias que llegan por atención psicológica al Módulo de Atención y Protección a los Derechos de la Mujer, de Ciudad Mujer, de Tegucigalpa Honduras 2021.

- Conocer los niveles de depresión en usuarias víctimas de violencia que llegan por primera vez al Módulo de Protección de los Derechos de la Mujer de Ciudad Mujer, Tegucigalpa, Honduras, en el año 2021.
- Describir los indicadores referentes a la depresión por las usuarias víctimas de violencia que asisten por primera vez al del Módulo de Atención y Protección a los Derechos de la Mujer, de Ciudad Mujer, Tegucigalpa Honduras 2021.
- Relacionar los niveles de depresión en función del tipo de violencia en mujeres víctimas de Ciudad Mujer, Tegucigalpa, Honduras, en el año 2021.

## 1. 4 Justificación

La violencia de género y los feminicidios son un factor determinante en el desplazamiento forzado en Honduras, de acuerdo a un estudio realizado por la organización Grupo de Sociedad Civil con apoyo de la Agencia de la ONU para los Refugiados (ACNUR) que se empieza a socializar entre instituciones del gobierno y organizaciones de base comunitaria de mujeres en Tegucigalpa, San Pedro Sula, Intibucá y Choloma con el fin de fortalecer la respuesta para la protección efectiva de las mujeres, niñas y adolescentes (ONU, 2021). El desplazamiento de las mujeres que han experimentado violencia, por su género es real y no sólo el producto de sesgo en las publicaciones y esta situación ha sido agravada por las circunstancias generadas en Honduras por la pandemia de la COVID\_19, que ha registrado 164,495 casos de violencia de género a nivel nacional, y por la devastación causada por Eta e Iota que afectó a más de 4 millones de personas, y que han dejado al descubierto las condiciones de violencia y vulnerabilidad a las que están expuestas las mujeres y niñas en Honduras (CARE, 2020).

En Honduras en los últimos cinco años se ha generado una ola de violencia y con ella la prevalencia de enfermedades mentales, entre ellas está la depresión que es un trastorno del estado de ánimo que afecta severamente al individuo en todos los aspectos de la vida; trabajo, relaciones familiares y sociales, cuidado personal entre otros (UNICEF, 2012). La depresión se ha constituido una de las causas principales de la violencia auto infligida, que ha provocado muchas muertes en Honduras. Así como también es un efecto nocivo de la violencia infligida por otros provocando lesiones físicas y daños psicológicos (Duarte & Villaseñor, 2004).

Por estas razones es de gran importancia que este estudio se realice tomando en cuenta que tanto la violencia como la depresión son problemáticas que en la actualidad están afectando el bienestar de salud en general de los ciudadanos, específicamente a la mujer. Con este estudio se pretende aportar datos que impulsen y promuevan políticas para mejorar la situación de las mujeres y prevenir la violencia contra ellas. En Honduras en contexto de pandemia la problemática de violencia ha aumentado considerablemente, así lo informan algunos entes como ser la Policía Nacional, ya que las lesiones a mujeres en el 2020 tuvo un aumento de un 22%, aumentando también las denuncias de violencia a mujeres, registrando un total de 103,063 al 911 a nivel nacional (CARE, 2020).

### **1.5 Viabilidad del Estudio**

Según Sobrero (2009) es necesario definir los estudios de viabilidad en relación a dos términos: Viabilidad es la medida de beneficio obtenido en una organización gracias al desarrollo de un sistema de información, análisis de viabilidad como el proceso por el cual se mide la viabilidad y los criterios de viabilidad que se miden en cuatro áreas de interés principal: a) Viabilidad operativa es una medida del correcto funcionamiento de una posible solución a los problemas dentro de una organización o personas que en él participan; b) Viabilidad técnica, un estudio de función, rendimiento y restricciones que puedan afectar a la consecución de un sistema o un proyecto o las personas que en él participan; c) Viabilidad de fechas, es la medida que indica si un proyecto es razonable en el cumplimiento de su calendario; d) Viabilidad Económica, evaluación del costo de desarrollo sopesado con ingresos netos o beneficios obtenidos del producto de desarrollo (Sobrero, 2009).



Esta investigación cuenta con la planificación de actividades debida, el recurso humano y económico necesario para la realización del mismo. También, se cuenta con el tiempo estipulado para su despliegue y culminación, así mismo la población objeto de estudio, instrumentos de aplicación y otros instrumentos, expertos necesarios para asegurar que cada uno de los criterios de viabilidad tengan eficaz cumplimiento. El estudio es viable y constituye un alto beneficio para distintas instituciones dedicadas a trabajar con mujeres que han experimentado diferentes tipos de violencias.

## 2. Marco Teórico

### 2.1 Violencia

La Organización Mundial de la Salud define la violencia como: El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (OMS, 2002). Así mismo la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer la define como cualquier acción o conducta, basada en el género que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado (AECID, 2019).

Colindres (2017), la define como todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada.

Millet (1995) propone un concepto de género separado e independiente del sexo, sin necesidad de que exista relación entre ellos. La autora plantea como el género es un producto de un sistema estructural patriarcal que establece los diferentes papeles y funciones de cada sexo, defendiendo que la identidad no está predeterminada por ningún elemento biológico y sí definida por un proceso de aprendizaje social. El género por lo tanto, expresa la construcción social de la

feminidad y la masculinidad, así como la casta sexual denomina a la experiencia común de opresión vivida por todas las mujeres (Capapé, 2014).

Según el protocolo de atención integral a víctimas de la violencia contra la mujer en supuestos de violencia doméstica y de violencia intrafamiliar del Poder Judicial de Honduras, (2013), deben entenderse comprendidas en este ámbito, las siguientes formas de violencia:

1. La violencia doméstica se define como todo patrón de conducta asociado a una situación de ejercicio desigual de poder que se manifieste en el uso de la violencia física, psicológica, patrimonial, y/o económica y sexual; y, 2. Ejercicio desigual de Poder: Toda conducta dirigida a afectar, comprometer o limitar el libre desenvolvimiento de la personalidad de la mujer por razones de género y se consideran formas de Violencia Doméstica (Bobadilla, 2013).

Según Bobadilla (2013), la violencia física está referida a toda acción u omisión que produce un daño o menoscabo la integridad corporal de la mujer, no tipificada como delito en el Código Penal de Honduras, la violencia sexual a toda conducta que entrañe amenaza o intimidación, que afecte la integridad o la autodeterminación sexual de la mujer, tal como las relaciones sexuales no deseadas, la negación a anticoncepción y protección, entre otras, siempre que dichas acciones no se encuentren tipificadas como delito en el Código Penal de Honduras.

Sigue diciendo que la violencia psicológica está referida a toda acción u omisión cuyo propósito sea degradar o controlar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de la mujer por medio de la intimidación, manipulación, amenaza directa o indirecta, humillación,

aislamiento, encierro o cualquier otra conducta u omisión que implique un perjuicio en el desarrollo integral o la autodeterminación de la mujer, o que ocasione daño emocional, disminuya la autoestima, perjudique o perturbe el sano desarrollo de la mujer, disminuya la autoestima, perjudique o perturbe el sano desarrollo de la mujer, como ejerciendo actos en descrédito de la mujer o menosprecio al valor personal o dignidad, tratos humillantes o vejatorios, vigilancia, aislamiento, insultos, el chantaje, degradación ridiculizar, manipular, explotar o amenazar con el alejamiento de los (as) hijos (as), entre otras (Bobadilla, 2013).

Describe a la violencia Patrimonial y/o Económica, como todo acto u omisión que implica pérdida, transformación, negación, sustracción, destrucción, retención de objetos, documentos personales, bienes muebles y/e inmuebles, valores, derechos o recursos económicos destinados a satisfacer las necesidades de la mujer o del grupo familiar, incluyendo el menoscabo, reducción o negación que afecten los ingresos de la mujer o el incumplimiento de obligaciones alimentarias, y finalmente (Bobadilla, 2013) menciona que la violencia intrafamiliar, tiene por objeto las situaciones, que en el ámbito del hogar impliquen el ejercicio de la fuerza, la intimidación o persecución a su cónyuge o ex cónyuge, a la persona con quien conviva o haya mantenido una relación concubinaria, a aquélla con quien haya procreado hijos, con la finalidad de causarle daño físico, emocional o para dañar sus bienes.

Aparece muy habitualmente en estas situaciones, siendo más difícil de identificar. La violencia psíquica es inherente a la violencia física o puede ser un anuncio de la misma, o bien se puede dar independientemente de las agresiones. Es una forma de maltrato, un conjunto heterogéneo de actitudes y comportamientos, en todos los cuales se produce una forma de agresión psicológica, pero a diferencia del maltrato físico, es sutil y más difícil de percibir,

detectar, valorar y demostrar. Se desvaloriza, se ignora y se atemoriza a una persona a través de actitudes o palabras. La violencia psíquica se sustenta a fin de conseguir el control, minando la autoestima de la víctima, produciendo un proceso de desvalorización y sufrimiento (Acevedo, 2012).

Acevedo (2012) menciona otros tipos de violencia como ser, la violencia laboral que es expresión de las relaciones sociales en el trabajo y está mediada, a su vez, por relaciones de clase, género y etnia, entre otras, por tanto, tiene relación con prácticas sociales discriminatorias, a la vez que puede responder a formas de organización del trabajo tradicionales y no tradicionales, orientadas a influir sobre la productividad o el rendimiento en el trabajo.

Sin embargo, existen estudios que remarcan la importancia de otras formas de violencia encubiertas, que pueden conllevar consecuencias negativas importantes, como ser la violencia social encubierta hacia las mujeres, que se entiende como consecuencia de asumir determinados mandatos de género en base al proceso de socialización diferencial. Esto responde a la demanda de diferentes autoras que afirman que falta investigación académica en relación con formas de violencia encubiertas para poder trabajar en la prevención de todas las formas de violencia hacia las mujeres (Vinagre Gónzales, Aparicio García, & Alvarado Izquierdo, 2020). También la violencia social se define como cualquier tipo de violencia con impacto social cometida por individuos o por la comunidad. Estos actos violentos adoptan diversas formas en los distintos países, incluyendo conflictos armados, violencia de pandillas, agresiones físicas de padres a hijos (por ejemplo, castigos corporales) (Tremblay, 2012).

Según el Manual de Atención Integral a Víctimas en el Sistema de Salud Pública y Bienestar Social del Paraguay (2012), la violencia basada en género puede entenderse como aquella que se ejerce en contra de las mujeres o de los varones, cuyas causas y manifestaciones tienen que ver con la particular configuración que adquiere el ser mujer u hombre en una sociedad determinada, a partir de la construcción que cada cultura y sociedad hace entre la diferencia entre los sexos, la Violencia Basada en Género (VBG) es una manifestación de discriminaciones, desigualdades y asimetrías de poder, generalmente de los varones sobre las mujeres, por lo que se ejerce una violencia sobre éstas por el solo hecho de ser mujeres.

Según Pacheco (2016) la violencia tiene cuatro campos de análisis:

1. Campo de la causalidad, la violencia se considera, en términos generales, multicausal, la idea de que se pudiera tener una llave para comprender la violencia ha dado paso a otra que considera, metafóricamente, que quizá debiera pensarse en términos de un candado, donde encontrar la combinación adecuada de causas para fenómenos concretos de violencia implica considerar varios factores y niveles.

Según el mismo autor señala que de entre los factores que favorecen o causan violencia se suelen destacar dos grupos que permitirían concebir dos modalidades de violencia, una activa y otra reactiva. Las causas de la violencia activa engloban a un grupo de factores marcados por la dominación, por el deseo de conquista sobre otros que permita su sometimiento psicológico, sexual, físico o la extracción de patrimonios materiales de éstos. Los victimarios entonces recurrirán a diferentes formas de violencia como medios para lograr la dominación y expropiación simbólica y material de las víctimas (Pacheco, 2016).

Por otro lado, en cuanto a la violencia reactiva, se puede considerar que el otro grupo de factores importantes para la producción de violencia es la percepción de dolor, tanto físico como emocional. Es decir, podemos considerar dolores físicos y emocionales, entre los que se incluyen no sólo los resultados de ataques físicos al cuerpo de alguien, sino además los que son resultados de la exclusión, la humillación o el rechazo social (Pacheco, 2016).

Ahora bien, en cuanto a los niveles de causalidad, en términos sintéticos se puede considerar que todo acto de violencia se presenta en un contexto social específico, el cual tiene, a su vez, una historia que lo generó, (Pacheco, 2016) también señala que las raíces socio históricas y las causas contextuales específicas de la violencia son los dos niveles principales de las preocupaciones causales de la misma. Sin embargo, se reconoce la existencia de un tercer nivel causal más específico, lo que se ha llamado el detonante o disparador de la violencia; quién tiró la primera piedra, quién emitió una orden, el acontecimiento fortuito que desencadena la violencia, etcétera.

Así mismo Pacheco (2016), continúa explicando que el primer nivel de causalidad, por tanto, presta atención al cuadro histórico y social en el que se ubican las relaciones de violencia, reconoce, como lo pide Martín-Baró, esa historia que crean las condiciones de posibilidad para la generación de violencia, que pueden comprender el establecimiento de ciertas ideologías y estructuras sociales que estarán en la base de los comportamientos y los hechos de violencia. El segundo nivel establece, más que una relación histórica, una situación de causas más inmediatas, atendiendo las relaciones establecidas entre diferentes actores sociales y los contextos específicos donde se desarrollaran las relaciones de violencia. El último nivel, por su parte, es el hecho más inmediato y visible que hace explotar manifestaciones de violencia física y directa.

El otro campo que (Pacheco, 2016) menciona es:

2. Campo de las formas, características y dinámicas de la violencia, lo primero que se destaca en el estudio de la violencia es la comprobación de la pluralidad de formas en que ésta puede presentarse, para realizar una clasificación de la violencia es conveniente considerar que ésta puede contar con diversos tipos según los criterios que se utilicen para su observación o construcción. Los criterios pueden ser de lo más diverso pero en general hay algunos que han destacado, por ejemplo, a partir del criterio de los daños o afectaciones sufridas por las víctimas de la violencia, se puede hacer la siguiente tipología:

a) Patrimonial o económica, que afecta la integridad patrimonial de las personas o colectivos; b) sexual, que afecta la integridad sexual de las personas, como en el acoso y la violación; c) psicológica, que afecta su integridad psicológica produciendo trastornos de comportamiento y percepción; d) física, que daña la integridad corporal de las personas, produciendo golpes, fracturas y hasta la muerte. Bien se puede tomar como criterio de clasificación al contexto de actividades donde se desarrolla la violencia, con lo que se podría pensar en la siguiente clasificación: a) escolar, b) en el hogar, c) en el trabajo, d) callejera, e) deportiva.

3. Campo de las consecuencias de la violencia, pueden considerarse tanto individuales como sociales, por un lado, así como ser inmediatas, de mediano y de largo plazo, por otro. Desde luego estas consecuencias están directamente relacionadas con el tipo de violencia que se estudie y con la perspectiva que se asuma en el estudio tomará en cuenta no sólo las consecuencias en el mediano y largo plazo para la víctima directa, sino también puede resaltar las consecuencias



emocionales y psicológicas de los demás miembros de la familia, especialmente los hijos y otras personas que pueden ser víctimas indirectas, y hasta quizá en el agresor mismo (Pacheco, 2016).

Y para finalizar el autor hace referencia al último campo que es:

4. Campo valorativo, un aspecto relevante de la valorización de la violencia es la relativización valorativa de acuerdo con los sujetos implicados en los contextos de violencia, que postulan aquí tan sólo cuatro formas en las que puede concebirse el tema de la valorización a propósito de la violencia: la calificación, la racionalización, la justificación y la juridización (Pacheco, 2016).

## **2.2 Depresión**

La Depresión es un trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, indefensión y desesperanza profundas, puede aparecer acompañada de varios síntomas concomitantes incluidos perturbación del sueño, y la comida, pérdida de iniciativa, autocastigo, el abandono, la inactividad e incapacidad para el placer (Alonso, 2011). Según la Organización Mundial de la Salud (2017) los trastornos depresivos se caracterizan por un sentimiento de tristeza, pérdida de interés o de placer, sentimientos de culpa o autoestima baja, alteraciones del sueño o del apetito, fatiga y falta de concentración. La depresión puede ser duradera o recurrente, de modo que deteriora sustancialmente la capacidad de la persona de desempeñar su trabajo o rendir en sus estudios, o de hacer frente a su vida cotidiana. En su forma más severa, la depresión puede conducir al suicidio.

Según Vergote (1993) los síntomas de la depresión neurótica ponen de manifiesto una inhibición de la fuerza vital, la parálisis del pensamiento, la fatiga, la disminución del ímpetu

psicomotor, la incapacidad para decidir o para tener iniciativas y la reducción de las relaciones afectivas caracterizadas por la apatía y la anhedonia, revelan un vacío interior que sugiere la pérdida de la tensión pulsional. La Asociación Americana de Psiquiatría, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2014), los trastorno o episodio depresivo mayor, presenta síntomas como un estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar y disminución de la energía; dependiendo del número y gravedad de los síntomas, un episodio depresivo se clasifica como leve, moderado, así como también la depresión es un trastorno de humor y del estado de ánimo se manifiesta a partir de una serie de síntomas que incluyen cambios de humor, irritabilidad, falta de entusiasmo, y una sensación de congoja o agotamiento (MINSAL, 2013).

Según la Organización Panamericana de la Salud (2008), el episodio depresivo leve: La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades., Episodio depresivo moderado: La persona probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias, Episodio depresivo grave: Las personas presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad y finalmente la distimia, una forma persistente o crónica de depresión leve; los síntomas de distimia son similares a los de un episodio depresivo, pero tienden a ser menos intensos y más duraderos (OMS, 2018).

## **2.3 Teorías que sustentan la relación entre violencia y depresión**

### ***2.3.1 Teoría del Conflicto***

Según la teoría del conflicto de Galtung, un conflicto (crisis y oportunidad) puede desarrollar una meta-conflicto, es decir, una agudización negativa de la crisis que llamamos violencia y que puede ser de carácter planificado o espontáneo, visible o invisible, presente o futuro. Para Galtung la violencia tiene una triple dimensión, directa y cultural (Calderón, 2009).

La violencia directa es la violencia manifiesta, es el aspecto más evidente de esta. Su manifestación puede ser por lo general física, verbal o psicológica, la violencia estructural: se trata de la violencia intrínseca a los sistemas sociales, políticos y económicos mismos que gobiernan las sociedades, los estados y el mundo, la violencia cultural son aquellos aspectos de la cultura, en el ámbito simbólico de nuestra experiencia (materializado en la religión e ideología, lengua y arte, ciencias empíricas y ciencias formales que puede utilizarse para justificar o legitimar la violencia directa o estructural (Calderón, 2009).

### ***2.3.2 Teoría Freudiana de la personalidad***

Strachey (2014), cita a Freud en su obra *El Malestar de la Cultura*, uno de los primeros afanes de la cultura es aglomerar a los seres humanos en grandes unidades. Ahora bien la familia no quiere desprenderse del individuo. Cuanto más cohesionados sean sus miembros, tanto más y con mayor frecuencia se inclinarán a segregarse de otros individuos, y más difícil se les hará ingresar en el círculo más basto de la vida.

Las mujeres habían establecido el fundamento de la cultura, pronto entran en oposición con ella y despliegan su influjo del retardo y reserva: ellas sufragan los intereses de la familia y de la vida sexual, el trabajo de la cultura se ha ido convirtiendo cada vez más en asunto de

varones a quien plantea tareas de creciente dificultad constriéndolas a sublimaciones pulsionales a cuya altura las mujeres no han llegado puesto que el ser humano no depende de cantidades ilimitadas de energía psíquica, tiene que dar trámite a sus tareas mediante una adecuada distribución de la libido, lo que usa para fines culturales lo sustrae en parte de las mujeres y de la vida sexual (Strachey, 2014).

Dentro de la última teoría de las pulsiones, Freud designa una categoría fundamental de pulsiones que se contraponen a las pulsiones de vida y que tienden a la reducción completa de las tensiones, es decir, a devolver al ser vivo al estado inorgánico, la noción de pulsión de muerte, aporta una nueva concepción de Freud, hace de la tendencia a la destrucción un dato irreductible, es la expresión privilegiada del principio más radical del funcionamiento psíquico (Morales, 2014).

Según Morales (2014), a partir de estas conceptualizaciones, me parece interesante evidenciar la emergencia del deseo de cortar con este ciclo de violencia, posteriormente, a partir del conocimiento de estos comportamientos repetidos compulsivamente donde lo que se repite son experiencias displacenteras, considerando que los fenómenos de repetición no pueden reducirse a la búsqueda de una satisfacción libidinal o a una simple tentativa de dominar las experiencias displacenteras.

La permanente convivencia con varones su dependencia de los vínculos con ellos, llegan a enajenarlo de sus tareas de esposo y padre, de tal suerte la mujer se ve empujada a un segundo plano por las exigencias de la cultura y entra en una relación de hostilidad con ella, no es fácil

para los seres humanos evidentemente renunciar a satisfacer esta su inclinación agresiva, no se siente bien en esa renuncia (Strachey, 2014).

Según Korman & Sarudiansky,( 2011), Dentro de los despliegues teóricos de psicoanalistas argentinos, podemos encontrar las conceptualizaciones sobre la depresión establecidas por Hugo Bleichmar. Este autor sostiene que su manifestación depende tanto del elevado ideal narcisista, de la imagen de sí desvalorizada o de la agresividad de la conciencia crítica. Asimismo, señala que estos factores causales no se adquieren en una época determinada del desarrollo, sino que se estructuran a lo largo de la vida del sujeto. Los acontecimientos en sí no serían los determinantes, sino que la importancia radica en la resignificación après coup.

Para este autor los componentes que pueden ser considerados como característicos del estado depresivo son: a) Fijación a cierto deseo que ocupa un lugar central en el mundo interno del sujeto y que es sentido como no realizable, b) Una representación de sí mismo como impotente/indefenso para satisfacer ese deseo, c) Los componentes afectivos y motivacionales que acompañan a las dos condiciones mencionadas (el afecto depresivo y cierto grado de inhibición psicomotriz) (Bleichmar, 2003).

Este autor establece una clasificación posible para los cuadros depresivos, tomando como ejes la posición del Yo frente a la pérdida del objeto, el Yo ideal y la conciencia crítica: Duelo normal, o depresión por pérdida simple del objeto Depresión narcisista, en la cual predomina un elevado ideal narcisista o bien un Yo subestimado, el cual se identifica con el Ideal negativo, a lo cual se agrega la agresividad de la conciencia crítica. Depresión culpógena, donde el Yo se

encuentra identificado como malo-agresivo y el objeto como dañado, y donde también entraría en juego la agresividad de la conciencia crítica (Korman & Sarudiansky, 2011).

Bleichmar (1997) expresa que de acuerdo con Freud, la depresión sobreviene una vez el objeto depositario de la pulsión, o el objeto de amor o el estado ideal, es perdido; en consecuencia, el sujeto reacciona de manera singular ante dicha pérdida, pues continúa deseando recuperar el objeto, pero su representación se configura inalcanzable, irrecuperable de ahí sobrevienen los pesares sobre el propio Yo (Ochoa Gómez , Cruz Agudelo, & Moreno Carmona , 2015).

Desde el psicoanálisis se plantea entonces una etiología basada en el uno a uno, es decir, buscar dentro de la subjetividad aquello que es sentido como perdido; sin embargo, para los autores de este artículo, se considera viable llevar la hipótesis de ese “algo perdido” del que hablan Freud y Bleichmar, a un contexto social e intentar identificar ese factor común (Ochoa Gómez , Cruz Agudelo, & Moreno Carmona , 2015).

Bemporad (1998) mencionado por Contreras (2000) resume el proceso de la siguiente manera “Cuando la pérdida se produce en la edad adulta, la pérdida anterior y su correspondiente odio hacia el objeto amado perdido durante la infancia se reactivan; no obstante el objeto perdido se ha convertido en parte de uno mismo, por lo cual el odio se dirige a uno mismo, que contiene lo introyectado, este odio retrodirigido junto al sentimiento de pérdida se manifiesta como una depresión (Ramos, 2005).

### ***2.3.3 Teoría Biológica de la personalidad***

Según Rodríguez & Cantera (2012) desde el punto de vista biológico, citado por Ramírez (2000) explica que la violencia es la respuesta de supervivencia de un individuo u organismo a su medio ambiente. Este autor explica que en el caso de la violencia de género en la pareja, esta conducta es considerada como parte de la estructura biológica del hombre, pues el hombre ha desarrollado su agresividad para sobrevivir. Menciona que los seguidores del modelo biológico defienden que en las especies animales los machos son más agresivos que las hembras, pero se olvidan de tener en cuenta la construcción cultural.

Otra crítica planteada por este teórico hacia la corriente biológica es el hecho de que esta no explica por qué algunos hombres a pesar de ser físicamente fuertes no son violentos en el hogar (Alencar Rodríguez & Cantera, *Violencia de Género en la Pareja: Una Revisión Bibliográfica*, 2012).

El estudio de Booth y Dabbs (1993) parten de la hipótesis de que la asociación entre testosterona y agresión puede resultar en conductas hostiles en relación a la pareja y en dificultades para mantener una relación. Siguiendo esta especulación, los autores constatan que los altos niveles de testosterona están positivamente relacionados con el hecho de no casarse o de sufrir inestabilidad conyugal y plantean que un hombre con altos niveles de testosterona tiene más probabilidad de dirigir su agresividad hacia la pareja. Sin embargo, concluyen que dichos impulsos agresivos estimulados por la testosterona pueden convertirse en iniciativas y esfuerzos para aumentar el conocimiento y la experiencia.

Capapé (2014) hace referencia a un estudio del psiquiatra Robert Stoller publicaría en 1968 “Sex and Gender” donde expone que el concepto género no tiene un significado biológico sino psicológico y cultural, ya que existen áreas de la conducta humana como los pensamientos, los sentimientos y las fantasías las cuales se relacionan con los sexos biológicos pero son construidas culturalmente. Por lo tanto, lo determinante en la identidad sexual de los individuos no es el sexo biológico, sino el proceso de socialización distintivo al que son sometidos en base a la determinación sexual de nacimiento basada únicamente en los rasgos anatómicos.

#### ***2.3.4 Teoría Sociológica de la Violencia***

En un estudio referenciado por PAIMEF (2016), citando a Durkheim, (1938): explica que la causa determinante de la violencia y de cualquier otro hecho social no está en los estados de conciencia individual, sino en los hechos sociales que la preceden. El grupo social es una multitud que, para aliviar la amenaza del estrés extremo, arrastra con fuerza a sus miembros individuales. La violencia social puede ser de dos tipos: individual, es fácilmente predecible, sobre todo cuando los objetivos son de tipo material e individualista, o bien grupal. Esta última no se puede predecir tomando como base el patrón educacional recibido por los sujetos, sino que se predice por el referente comportamental o sujeto colectivo, el llamado "otro generalizado", al que respetan más que a sí mismos y hacia el cual dirigen todas sus acciones.

El mismo autor hace referencia que al comienzo del siglo xx se destaca Emile Durkheim (1982), quien en su análisis sobre suicidio considera que el hombre es “casi un producto de la sociedad”, mientras que la mujer es “en mayor grado un producto de la naturaleza”. Además,



sostiene que las diferencias entre los hombres y mujeres se deben fundamentalmente a variaciones genéticas, aunque ello no implique que solo sean innatas.

Durkheim acepta la subordinación de las mujeres por razones de cohesión social, ya que considera que su identidad y su situación social están en gran medida determinadas por su capacidad reproductiva y el cuidado de los niños. Durkheim fue más osado en sus análisis, pues logró asociar el crecimiento de las tasas de suicidio en las ciudades, con problemas de cohesión en el grupo doméstico (Pita, 2014).

Por su parte George Simmel, en su ensayo publicado por primera vez en 1911, titulado *Sobre la aventura* (1988), Citado por Pita (2014) en el capítulo “Lo relativo y lo absoluto en el problema de los sexos”, reconoce el dominio masculino en la cultura y en la estructura social, aceptando la diferencia natural de las mujeres. Al mismo tiempo, muestra su interés por la cultura femenina, como remedio contra la aleación de la subjetividad, respecto a las objetividades de una cultura masculina del trabajo.

Según Ana Safranoff (2017), también centra su objeto de estudio en los recursos, como factores de riesgo de la violencia contra la mujer en la pareja. Algunos autores exploran los recursos del entorno familiar, mientras que otros se focalizan en los absolutos o personales de la mujer y/o en los relativos respecto del varón. Finalmente, una cuarta vertiente centra su análisis en el barrio/comunidad donde la mujer/la familia vive, es decir, en los recursos contextuales. A grandes rasgos, esta perspectiva asume que el acceso y la disponibilidad de recursos facilitan el empoderamiento de las mujeres y, como tal, tiene consecuencias en las relaciones de pareja. En general, se considera que dicho empoderamiento reduce las chances de experimentar violencia.

Sin embargo, al mismo tiempo, hay quienes consideran que, por el contrario, ello puede ser una fuente de conflicto y violencia.

### ***2.3.5 Teoría del Aprendizaje Social***

Según la teoría del aprendizaje social, los adolescentes aprenderían dichas conductas a través de la exposición a modelos de comportamiento violento (Bandura, 1973), citado por Proyecto Gades (2000) Aunque no hay una sola causa de la violencia se tiende a acusar a la televisión o la familia, siendo éstas nada más que la punta de un iceberg en el que estamos todos. La violencia se da en todos los ámbitos y clases sociales. Detrás de cualquier acción violenta hay un desprecio tal que la persona agredida es para la persona agresora una “cosa” sin valor, sin sentimientos. La cabeza del agresor está llena de razones que legitiman su actuación (Olmos, 2015).

Pacheco (2016) en su Investigación sobre La Violencia, Conceptualización y Elemento para su Estudio expresa que la teoría del aprendizaje social, la situación de la inhibición o desinhibición de la agresión se ve en estrecha relación con un refuerzo valorativo, también aprendido socialmente, que por medio de premios o castigos de la acción violenta aprendida, directa o indirectamente, se posibilita la violencia o su inhibición.

### ***2.3.6 Teoría Cognitiva***

Foa & Rothbaum (1998) Los esquemas cognitivos pueden tener un doble rol en la salud mental de la víctima, como factor de riesgo o como consecuencia de los comportamientos

violentos. La estructura inicial de los esquemas de la víctima, es decir las creencias, estructuradas durante la niñez, acerca de sí misma y de los otros pueden aumentar la probabilidad que en el futuro sean víctimas de violencia por parte de su pareja. O por el contrario, la experiencia traumática asociada a los comportamientos violentos propinados por su pareja puede cambiar la estructura mental de la víctima a tal de punto de pensar el mundo como totalmente peligroso o verse a sí misma como incompetente (Zapata Yance, Parra De La Rosa, Barrios, & Rojas Santiago, 2016).

Para Beck (1976) el trastorno depresivo surge en aquellos individuos, que poseen una visión reformada y errónea de la realidad, según lo que él denominó la triada cognitiva consistente en: a) una visión negativa del yo (con la inferencia arbitraria de que uno mismo ha sido la causa de algún acontecimiento negativo; b) una visión negativa del mundo; y c) una visión negativa del futuro. Existe en la base de la depresión, para esta teoría una distorsión cognitiva según la cual siempre se hace una interpretación negativa del yo, del mundo y del futuro (Ramos, 2005).

Rehm (1993) las cogniciones negativas se activan cuando se produce una pérdida importante. Un conjunto organizado de cogniciones negativas formado cuando se ha experimentado pérdida importante durante la vida, sustituye a los esquemas cognitivos no distorsionados cuando la persona se deprime. Es probable que los esquemas negativos no se utilicen y sean sustituidos por otros más realistas en las circunstancias normales, pero permanecen “latentes” y pueden ser reactivados en circunstancias de pérdida (Ramos, 2005).

### ***2.3.7 La teoría de la Desesperanza***

Nos dice las causas de la vulnerabilidad cognitiva para la depresión basándose en cuatro argumentos, Rose y Abramson (1996) han sugerido recientemente que la historia de maltrato y desatención durante el desarrollo evolutivo contribuye a la formación de riesgo cognitivo hacia la depresión. El Primero haciendo referencia a los pacientes depresivos hospitalizados y los voluntarios depresivos no tratados (no clínicos) informaron tasas de abandono y abuso emocional, físico y sexual mucho más altas que los participantes no depresivos, el segundo argumento refiere una mayor gravedad del abuso durante la infancia predecía una mayor historia vital de depresión clínica, un tercer argumento plantea que los participantes en el estudio de Rose y Abramson (1996) con depresión clínica de inicio durante la infancia habían tenido un nivel de abuso general más grave que los depresivos de inicio durante la adolescencia y la edad adulta, y que los participantes no depresivos y un cuarto argumento que nos hace referencia que a una mayor gravedad del maltrato infantil predijo un peor estilo inferencial acerca de los sucesos vitales negativos (vulnerabilidad cognitiva) durante la edad adulta (Abramson, 1997).

Asimismo, el concepto de desesperanza también ha sido estudiado desde la psicología existencial, donde autores como Viktor Frankl (1997) afirma Cuando no se alcanza el logro existencial, se origina una frustración que se asocia a la desesperanza, caracterizada por la duda sobre el sentido de la vida y por un vacío existencial que se manifiesta en un estado de tedio, en la percepción de falta de control sobre la propia vida y en la ausencia de metas vitales. La desesperanza por una causa existencial puede acentuar el riesgo suicida, más aún en sujetos cuyas

condiciones personales de salud física, social y económica son favorables (Gonzales Tovar & Montalvo, 2012).

Por su parte, Córdova y Rosales (2010) también retomaron la Escala de Desesperanza de Beck con el propósito de conocer su confiabilidad en el estudio de la desesperanza como factor de riesgo asociado a la conducta suicida (Gonzales Tovar & Montalvo, 2012).

### ***2.3.8 Teoría de Género***

Los estudios de género abocados al campo de la salud surgen en el marco de la llamada “segunda ola del feminismo”; así lo plantea Linardelli (2015) quien hace referencia específicamente, a las primeras investigaciones orientadas a salud mental ya que referían a la sobrerrepresentación de mujeres en las estadísticas psiquiátricas, como también en hospitalizaciones, uso de servicios ambulatorios y prescripción de psicofármacos.

Según Linardelli (2015), en el contexto de sociedades patriarcales, es habitual que las mujeres enfrenten experiencias de discriminación; violencia física, psicológica y/o simbólica; dificultades para acceder en condiciones de igualdad al mercado de trabajo; doble o triple jornada laboral; sobrecarga de actividades de cuidado; desigualdad en el acceso a sus derechos y a la justicia; limitaciones para decidir sobre su propio cuerpo; entre otros factores que van modelando formas específicas de padecimientos subjetivos. Así, esta perspectiva se preocupa por las experiencias, situaciones, contextos que llevan a padecer de modos diferenciales a mujeres y varones, como también a desarrollar con mayor prevalencia cierto tipo de padecimientos.

Dio Bleichmar, (1992) y Andreani, (1998) citado por, Linardelli (2015), indican que los estereotipos reinantes de feminidad en nuestras sociedades constituyen factores de riesgo para la salud mental de las mujeres. Características como la autodesvalorización, la represión de los impulsos activos fuera del campo de la vida privada, la dependencia, la autoculpabilización, la supuesta debilidad y la represión de la ira se imponen socialmente como rasgos típicos de la subjetividad femenina e implican mayor vulnerabilidad frente a la depresión.

Según Dio Bleichmar (1992), Andreani (1998) y Matud Aznar (2008) se destaca como factor de riesgo para el desarrollo posterior de cuadros depresivos las situaciones de violencia física, simbólica y sexual a las que se ven expuestas las mujeres (Linardelli, 2015). Justamente, en la actualidad, la patología depresiva constituye el malestar psíquico y la causa de discapacidad más frecuente en las mujeres, con una prevalencia femenina de dos por uno en relación con los varones (Valls-Llobet, 2009), citada por Roser Pérez (2010).

Según Pérez, (2010) en la sociedad y en el ámbito de la salud, que responden a la construcción social de la realidad basada en la desigualdad de género y en interacción con las desigualdades de clase social, origen, edad y territorio junto con los intereses vinculados al poder político y económico, que permiten comprender en mayor medida y con mayor respeto los determinantes de la salud en relación con las mujeres.

Según la teoría de género, las mujeres están más proclives a sufrir malestares psíquicos que los hombres, debido a la concepción reinante sobre la feminidad, y la consecuente adscripción de roles socialmente definidos como propios del género femenino, (rol conyugal), en los que representa diversidad de roles, los cuales crea condiciones de riesgo para la salud mental,

entre otras cosas por la frustración y rutinización que produce, porque ubica a las mujeres en un lugar desjerarquizado, todo ello ha contribuido a la conformación de una subjetividad femenina, donde están presentes la autodesvaloración, la represión de los impulsos activos fuera del campo de la vida privada, la dependencia, la autoculpabilización y al represión de la ira, lo cual afecta y condiciona los modos de enfermar de las mujeres. Estos elementos referidos específicamente al malestar que se considera paradigmático de sufrimiento psíquico de las mujeres en la actualidad: la depresión (Andreani, 1998).

Andreani, (1998), la depresión se presenta como malestar psíquico más frecuente que afecta a las mujeres en la actualidad, con una predominancia femenina, como se ha señalado, de dos por uno en comparación con los hombres. Desde la perspectiva de género se han propuesto una serie de explicaciones a este hecho, que parten de la idea que se ha venido sustentando, de que la imagen estereotipada de la mujer y los roles que socialmente se le han adjudicado como propios, contribuyen a la preponderancia femenina de depresión.

### ***2.3.9 Teoría Generacional***

Según Alencar Rodriguez & Cantera, (2012) esta línea teórica busca explicar por qué una persona maltrata a su pareja, mientras que otros no lo hacen en las mismas condiciones, para lo que cita a Turinetta y Vicente, (2008), que a su vez cita la perspectiva de Dutton y Golant (1997), quienes sostienen que existen algunas características individuales que constituyen un factor de riesgo para que las personas ejerzan la violencia contra la pareja. Según ellos, la interacción de los siguientes factores contribuyen a que un hombre maltrate a su compañera: el rechazo y el maltrato del padre, el apego inseguro a la madre y la influencia de la cultura machista.

Estas autoras recalcan que el primero recae en el hecho de ser rechazado por el progenitor, lo cual moldearía en adelante la personalidad del hombre que maltrata. Alencar Rodriguez & Cantera, (2012), para ello citan a Dutton y Golant (1997) explican que las investigaciones sobre el pasado de hombres agresores han demostrado que la mayoría han sufrido malos tratos físicos y emocionales por parte del padre y que eso influye en la manera de interaccionar con la pareja. Dutton y Golant (1997) aclaran que el rechazo y la vergüenza producen múltiples efectos en el niño y pueden no sólo perjudicar su noción de identidad, sino también afectar su capacidad de consolarse y de moderar su ira y ansiedad.

Según Antonio Llorens (2014), citando a Alencar Rodriguez & Cantera, 2012, quienes citan a Donald G.Dutton y Susan K.Golant (1997) explican que los factores psicológicos heredados a partir de una etapa anterior del desarrollo influyen en la constitución de una conducta violenta futura. Ante este panorama, esos autores ponen de manifiesto la explicación de la violencia basada sólo en la socialización, pues argumentan que muchos hombres que han sido socializados en la misma cultura no utilizan la violencia y, por ello, proponen que la cultura contribuye cuando ya se ha constituido la personalidad. En otros términos, la influencia del maltrato y de la disfunción familiar en la niñez a través de experiencias que afectan al sentido de identidad hace que el niño recurra con más probabilidad a la cultura para justificar su violencia, ya que la sociedad puede naturalizar el uso de la violencia como medio de resolver conflictos.



### **2.3.10 Teoría Sistémica**

Para Perrone y Nanini (1995), citado por (Alencar Rodriguez & Cantera, 2012), la violencia representa la rigidez del sistema de creencias, el cual codifica las diferencias como amenazas en lugar de acomodar creativamente las informaciones sobre su entorno que sean incompatibles con su modo de ver el mundo. De ahí que se deba conocer la lógica de pensamiento y de conducta del agresor y de la víctima para promover un cambio en su sistema de creencias, pues una vez hayan modificado su visión del mundo, podrán cambiar su conducta en relación con la otra persona.

Otro factor que se debe tener en cuenta es el hecho de que el enfoque terapéutico sistémico que incluye al hombre y a la mujer constituye un factor de riesgo para la seguridad de la víctima. En conclusión, se ha podido observar que la violencia, según la perspectiva sistémica, se explica a partir de los factores relacionales y es resultado de un proceso de comunicación particular entre dos personas (Alencar Rodriguez & Cantera, 2012).

### **2.3.11 Modelo Ecológico**

Alencar Rodríguez y Cantera, citando a Bronfenbrenner (1977, 1987), como el precursor de este enfoque, la comprensión del desarrollo humano exige ir más allá de la observación de la conducta e implica examinar los sistemas de interacción y las características del entorno donde tiene lugar el comportamiento. Siguiendo los planteamientos de Bronfenbrenner, Heise (1998) exponen que son diversas las causas que dan origen a la violencia de género en la pareja y recomienda una mirada que contemple la interacción de factores culturales, sociales y psicológicos. Para ello, propone que se visualice esa interrelación de factores a partir de círculos concéntricos, los cuales denomina nivel individual, microsistema, exosistema y macrosistema.

Siguiendo con las autoras quienes explican el nivel individual como el centro del círculo corresponde a la historia personal que el individuo aporta a su relación de pareja. Se trata de las características del desarrollo personal que afectan a la respuesta en el microsistema y exosistema, y aumentan la probabilidad de ser víctima o autor de violencia.

El microsistema representa el contexto inmediato en el que tiene lugar la violencia y generalmente se refiere al entorno familiar (Heise, 1998). Siguiendo a estas autoras, la toma de decisión masculina es un indicador de maltrato en las sociedades que revelan índices de mayor violencia, pues los hombres maltratadores tienden a ejercer el control sobre el dinero y los movimientos de la mujer y el exosistema comprende las estructuras formales e informales como la vecindad, el mundo del trabajo, las redes sociales, la iglesia o la escuela, que hacen perdurar el problema del maltrato a través de pautas Violencia de género en la pareja en las que se incluyen también la ineffectividad de la ley y la falta de respuesta de las instituciones ante las situaciones de violencia de género en la pareja, así como el rol que los medios de comunicación ejercen al presentar los modelos violentos, normalizando de esta manera la violencia (Alencar Rodriguez & Cantera, 2012).

Según Olivares Ferreto & Incháustegui Romero,( 2011), Este enfoque parte del supuesto de que, cotidianamente, cada persona está inmersa en una multiplicidad de niveles relacionales – individual, familiar, comunitario y social , donde pueden producirse distintas expresiones y dinámicas de violencia., sostiene en el análisis de los determinantes y factores de riesgo que impactan en la relación dinámica de las personas con su medio y viceversa, interfiriendo o

favoreciendo la transformación recíproca. En otras palabras, ayuda a identificar las raíces de los fenómenos que impiden, retardan o favorecen el clima de violencia, así como los factores que pueden beneficiar el cambio de los mismos. En este sentido, permite construir referentes conceptuales para comprender las dinámicas de los conflictos familiares y comunitarios, como parte estructural de la violencia social que se vive día a día en los distintos territorios sociales. De esta manera se generan líneas de acción coherentes en los ámbitos de política pública, que posibilitan las condiciones para una convivencia sana, pacífica, diversa y tolerante.

### ***2.3.12 Teoría del Delito***

Según M.P. Fernando León Bolaños Palacios (2012) el problema de la violencia contra las mujeres como manifestación de las relaciones de poder desigual construidas históricamente entre hombres y mujeres, establecidas y aceptadas por la sociedad, debe ser abordado con una visión integral, que comprometa los procesos de sensibilización, información y educación de toda la sociedad, con la finalidad de erradicar este terrible flagelo que agobia a la humanidad, impide la conformación de sociedades auténticamente democráticas, obstaculiza el acceso al desarrollo y afecta profundamente la salud mental de la población, que la violencia basada en las relaciones de subordinación que viven las mujeres ocurre tanto en el ámbito público como en el privado, esto es, en el lugar de trabajo, en los centros de salud, en los centros educativos, en el espacio de la comunidad en general, en la relación de pareja y en las relaciones intrafamiliares (Jiménez, 2012).

Ramírez y Restrepo, (2007, p. 155), citado por Jiménez, (2012), menciona que cuando las mujeres son oprimidas y ofendidas en lo privado, la ley de la privacidad protegerá el derecho de

los hombres, toda vez que un Estado que reproduce modelos de opresión masculina someterá igualmente las necesidades no sólo individuales sino también colectivas de las mujeres a la supremacía del hombre. Es así como la separación entre lo público y lo privado para la posición de la autonomía sexual desaparece, puesto que identifica esta división como otra potente ideología.

Según Francisco Ponce (2019), desde la perspectiva criminológica sobre la violencia de género, se describen los diferentes síntomas psicológicos que presenta la víctima después de experimentar o al estar experimentando los diferentes tipos de violencia, la física es la que se emplea contra el cuerpo de la mujer produciendo dolor, daño o riesgo de producirlo y cualquier otra forma de maltrato o agresión que afecte su integridad física. Bofetadas, quemaduras, pellizcos, asfixia, forcejeo, patadas, homicidio, etc. Ser víctima de violencia de género es un factor de riesgo muy importante para la salud, pudiendo incrementar hasta en un 60% las enfermedades de carácter físico que llegan a sufrir.

Las lesiones físicas, son la consecuencia más visible de la violencia de género, pero no la única. Dolores y problemas crónicos de salud pueden deberse a las lesiones, el miedo y el estrés provocados por el maltrato. Algunas de las consecuencias sobre la salud física que suelen darse son: Lesiones físicas de diversa índole (hematomas, quemaduras, arañazos, heridas, torceduras, fracturas, etc), cabe destacar los estigmas ungueales, ya que, son frecuentes dentro de los maltratos por violencia de género, los estigmas ungueales son las marcas dejadas por los bordes

de las uñas, el pulpejo de los dedos, y ocasionalmente, los bordes de los mismos cuando han actuado sobre la piel de la víctima con un mecanismo de presión (Alcaraz, 2019).

Según Alcaraz (2019), se pueden encontrar en diferentes partes del cuerpo de la mujer, pero se destaca principalmente el cuello, como muestra de dominio y control del hombre hacia la misma. Los estigmas ungueales tienen por lo general una forma semilunar y se encuentran en un número de tres a cuatro en la región afectada por el pinzamiento entre los dedos del victimario.

Estas características se deben a que los dedos más fuertes y que más presión pueden realizar son el pulgar, índice y medio, siendo el meñique, y el anular los dedos que, por lo general, actúan con menos fuerza.

- Trastornos crónicos (dolores de cabeza, dolores musculares, problemas de estómago), etc.
  - Dificultades para respirar (muchas veces podemos encontrar indicios en los estigmas ungueales en el cuello, por la presión del hombre).
- Discapacidad permanente (susceptible de valoración médico-legal para la posterior responsabilidad civil derivada y la prueba del daño).
- Obesidad severa (podemos relacionarla también con la violencia simbólica antes mencionada).

Según la teoría del delito la violencia psicológica citada por Francisco Ponce (2019) es un tipo de consecuencia es relativamente novedosa en cuanto a su apreciación en este fenómeno, tradicionalmente se asociaba la violencia de género a la física, pero no siempre es así. La violencia psicológica causa daño emocional y disminución de la autoestima o perjudica y

perturba el pleno desarrollo personal o que busca degradar o controlar sus acciones, comportamientos, creencias y decisiones, mediante amenaza, acoso, hostigamiento, restricción, humillación, deshonra, descrédito, manipulación o aislamiento. El mismo autor señala que las distorsiones cognitivas son esquemas de pensamientos disfuncionales.

Es decir, se va creyendo como real algo que no lo es porque en la base está normalizado, justificando la violencia. El discurso de las víctimas de violencia doméstica muestra que su internalización de los modelos cognitivos de la superioridad masculina les impide percibirse a sí mismos como víctimas y los hace vulnerables a las distorsiones cognitivas relativas a sus roles sociales y a su relación con los hombres (Alcaraz, 2019).

Se normaliza la violencia, la experiencia se interioriza y se normaliza para luego reflejarlos en el comportamiento. La propia víctima a menudo considera que es culpable de haber “provocado” al agresor o “habérselo buscado”, una distorsión de la realidad en la que normaliza el castigo físico, psicológico o sexual. Hábitos de pensamientos erróneos que utilizamos constantemente para interpretar la realidad de forma irreal, es decir, la víctima convive constantemente con el agresor y busca una coherencia cognitiva para el mantenimiento de su relación con el agresor (Alcaraz, 2019).

En su estudio Alcaraz (2019) destaca una serie de consecuencias psicológicas determinantes en este fenómeno:

- Los trastornos depresivos, muy presentes cuando se trata a una víctima que ya ha pasado el maltrato.

- Autoestima afectada severamente, que se debe en parte al trato vejatorio por parte del agresor, en muchas ocasiones sobre el cuerpo de la mujer.
- Tienen miedo, estrés, conmoción psíquica aguda, ansiedad y desorientación.
- Incomunicación y aislamiento provocado por el continuo desamparo social. Además, también es característico de este tipo de violencia que el agresor la aísla socialmente, de tal forma, que se convierte en su principal relación social.
- Tienen sentimientos de subordinación, dependencia y sometimiento. Que se correlaciona con una falta de relaciones sociales y contactos que observen estos comportamientos y, desde una perspectiva exterior, podrían avisar/denunciar este maltrato.
- Están desmotivadas y tienen una profunda ausencia de esperanza. Principalmente se debe a un proceso de indefensión aprendida, pues en muchas ocasiones entienden que por mucho que hagan no podrán cambiar esta situación.
- Incertidumbre, dudas e indecisiones por bloqueo emocional. También debido a los trastornos emocionales que se derivan de este tipo de violencia.
- Paden a veces trastornos alimentarios severos como anorexia o bulimia. Evidentemente, esto nos puede servir como indicio para detectar que se está produciendo un caso de maltrato, aunque suele producirse de forma gradual.
- Trastornos del sueño. - Irritabilidad y reacciones de indignación fuera de contexto. Que a menudo son aprovechadas por el agresor para “demostrar” de cara al público que es ella la que tiene un problema y lograr así un mayor aislamiento social.
- Frecuentes trastornos de alcoholismo y de ludopatía. Tiene sentido la generación de nuevas adicciones, principalmente como medio evasivo de la habitualidad del maltrato.

El Informe Sobre la Situación Mundial de la Prevención de la Violencia, de la Organización Mundial de la Salud (2016), describe que la violencia es uno de los principales factores que contribuyen a la muerte, la enfermedad y la discapacidad, así como a un sinnúmero de otras consecuencias para la salud y repercusiones sociales a escala mundial, entre las víctimas de las lesiones físicas que son tratadas en los servicios de urgencias, son las mujeres y las niñas, quienes soportan una parte desproporcionada de la carga de consecuencias no mortales del maltrato físico, sexual y psicológico, y de la desatención, en todo el mundo, también sufren multitud de consecuencias negativas para la salud y repercusiones sociales de estos actos de violencia, que a menudo perduran toda la vida y no se reflejan en las estadísticas oficiales.

En un boletín epidemiológico, sobre la Situación de Violencia, emitido por la Secretaria de Salud de Medellín (2016), menciona que las violencias de género y, entre ellas, las violencias sexuales son una violación sistemática y masiva de los derechos humanos que afectan la vida, la salud física, mental y social, la integridad, la libertad e igualdad de niñas, Estas violencias se constituyen en una problemática de salud pública por varias razones: primero, debido a las graves afectaciones en el bienestar y la salud física y emocional de las víctimas, sus familias y la sociedad en general, y por los años de vida saludables perdidos. Segundo, por su magnitud, es decir, la cantidad de población afectada, principalmente niñas, niños, adolescentes, jóvenes y mujeres; lo cual evidencia que las violencias de género son un asunto social y de interés público y no meramente un problema psicológico circunscrito al ámbito de lo privado, así también la violencia de género puede conllevar importantes consecuencias para la salud reproductiva de la víctima, en muchos casos estas vienen causadas y se ven agravadas por el temor hacia su pareja (Alcaraz, 2019).



### **3. Marco Contextual**

#### **3.1 Estadísticas Contexto Internacional Sobre Violencia de Género**

En el Informe Sobre la Situación Mundial de la Prevención de la Violencia, de la Organización Mundial de la Salud (2016), en el que se recogen datos de 133 países, que abarcan a 6.100 millones de personas y representan el 88% de la población mundial. las tasas de respuesta por región abarcaron al 63% de la población en la Región del Mediterráneo Oriental, el 70% en la Región de África, el 83% en la Región de Europa, el 88% en la Región de las Américas y el 97% en las Regiones de Asia Sudoriental y del Pacífico Occidental, en el cual las mujeres es una de la población más castigada por el maltrato físico, psicológico y sexual no mortales, una cuarta parte de toda la población adulta ha sufrido maltrato físico en la infancia, una de cada cinco mujeres ha sufrido abusos sexuales en la infancia, una de cada tres mujeres ha sido víctima de violencia física o sexual por parte de su pareja en algún momento de su vida.

La violencia de todo tipo se asocia en gran medida a determinantes sociales, como una gobernanza débil, un estado de derecho deficiente, las normas culturales, sociales y de género, el desempleo, las desigualdades de ingresos y de género, los cambios sociales rápidos y las oportunidades educativas limitadas, también este informe establece la necesidad de servicios de atención y apoyo a las víctimas de la violencia de gran calidad es importante para reducir el trauma, ayudar a las víctimas a curarse e impedir que las personas implicadas vuelvan a ser víctimas o autoras de actos violentos (OMS, 2016).

En un estudio sobre violencia y síntomas depresivos realizado en Paraguay a estudiantes de psicología más de la mitad de la población de estudio fue víctima de violencia física en el proceso de crianza por parte de sus padres o encargados y tres tercios aproximadamente, víctima de violencia psicológica. Estos datos coinciden con estudios como el de multipaís realizado en una población de 24.000 mujeres de 10 países donde se encontró una prevalencia entre 13 a 61% de violencia física y entre 20 a 75% de maltrato emocional (Fresco P. M., Arrom, Arrom Suhurt, Arrom, & Capurro, 2018), este estudio también hace referencia a la encuesta de demografía y salud del CEPEP (2008) que mostró una prevalencia de violencia física de 17,9% y verbal de 36,0%. Otro realizado a nivel nacional de UNICEF 2012 refirió que el 61% de niños y niñas paraguayos fue víctima de algún tipo de violencia intrafamiliar. El 35% de esos casos constituían violencia física grave.

En un estudio realizado en 254 pacientes adultos en psicoterapia de psiquiatría se encontró una prevalencia de pacientes con trastornos del estado de ánimo, y una prevalencia de violencia psicológica de 40% y física de 29,7%. En otro estudio llevado adelante en el 2010 con 100 mujeres embarazadas que consultaron en un hospital público, 38% tenía antecedentes de haber sido víctima de castigos físicos de parte de su madre o encargados de su crianza. Tres cuartas partes de la población de estudio tenían sintomatología referida a síndrome depresivo y se distribuyeron en partes iguales entre episodios depresivos leve, moderado y grave (Fresco M. D., Arrom, Arrom Suhurt, Arrom, & Capurro, 2018).

Según Fresco M. D., Arrom, Arrom Suhurt, Arrom, & Capurro, (2018), la sintomatología de síndrome depresivo encontrada fue elevada en comparación con otros estudios en población de estudiantes de psicología a nivel internacional. Los porcentajes de prevalencia más elevados se encuentran generalmente en poblaciones de servicios de atención pública como hospitales y centros especializados como la investigación realizada en Paraguay entre marzo y agosto del 2014 en un hospital público, que encontró una prevalencia de 69% de distintos grados de depresión, también hace relación entre el padecimiento de violencia física y psicológica a la presencia de sintomatología referida a depresión.

Se constató en el presente estudio y constituye un elemento clave de hallazgos de estudios que expresan las graves consecuencias que tiene para numerosas poblaciones principalmente de mujeres, la exposición a violencia intrafamiliar durante distintas etapas de su desarrollo. Así lo muestran distintos estudios internacionales y otros a nivel nacional (Fresco, Arrom, Arrom Suhurt, Arrom, & Capurro, 2018).

Para el año 2014 uno de cada 5 hogares en Costa Rica, indica que sufrió algún evento de violencia. El mismo estudio refleja que la mayor parte de hogares victimizados (cerca del triple) se ubican en la zona urbana con un 73,2%, contra un 26,8% de la zona rural, del año 2008 al año 2010 el promedio de mujeres que fueron víctimas de homicidio fue de 11,5%. En el año 2011 se registró la cifra más alta de homicidios dolosos en contra de las mujeres en los últimos 10 años, con un 13,5% y en el año 2012 fue de 12,3%, mejora el panorama en el año 2013 cuando esta cifra disminuyó a 8. 7%, tendencia que se repite en el año 2014 y 2015, aumentando y luego disminuyendo el porcentaje de mujeres víctimas (Piedra Duran , 2017).

Una investigación realizada por el programa de la periodista de Costa Rica a una entrevista a Amelia Rueda indica que 18 personas al día denuncian un delito sexual ante el Ministerio Público; si bien las estadísticas del Poder Judicial no especifican el sexo del ofendido, las autoridades de la Fiscalía Especializada en Delitos Sexuales aseguran que “la gran mayoría” son mujeres. Entre el 2009 y el 2013 se registraron 32,688 acusaciones, siendo la violación el segundo delito sexual con mayor incidencia en Costa Rica, del 2009 al 2015 se registraron 16,254 denuncias, lo que representa un promedio anual de 1,477, la cantidad de casos entrados a los Juzgados de violencia domésticas ascienden a más de 40 mil por año (periodo de 2007 al 2015), en 2009 registrándose la cifra más alta con 52.104 casos (Piedra Duran , 2017).

Para el año 2016, se estima una disminución en el número de casos en Costa Rica, sin embargo, las cifras continúan siendo alarmantes. Adicionalmente, son las mujeres jóvenes en edad principales víctimas atendidas, entre las edades de 15 y 44 años la violación y violencia doméstica e identifican como los principales costos y consecuencias los siguientes: Lesiones inmediatas como fracturas y hemorragias, así como enfermedades físicas de larga duración, enfermedades mentales como depresión, ansiedad, desórdenes de estrés post traumático, intento de suicidio, problemas sexuales y reproductivos como infecciones por transmisión sexual entre otras (Piedra Duran , 2017).

En un estudio sobre Violencia Contra la Mujer y las Políticas Publicas, realizado en Argentina en el 2017 con ayuda de Comisión Económica para América Latina y el Caribe

(CEPAL), se realizó una Encuesta llevada adelante por el Ministerio de Desarrollo Social, que informa que 22,3% de las mujeres de la ciudad de Buenos Aires reconocen haber sido víctimas de violencia física, por parte de una pareja actual o anterior, alguna vez en su vida. De ese total, el 61,8% declara haber sufrido violencia (una vez, alguna vez o a menudo) en los últimos 12 meses. Por lo tanto, la incidencia de la violencia entre las mujeres residentes en la Ciudad de Buenos Aires en los últimos 12 meses sería de 13,8% (Henríquez & Pautassi, 2016).

Dos encuestas (Guatemala 2008/9 y Paraguay 2008) recogieron datos que permitieron hacer un examen de los pensamientos suicidas asociados a los antecedentes de violencia por parte de un esposo/compañero. En esas encuestas, las mujeres que habían sufrido violencia física o sexual por parte de su esposo/compañero en los últimos 12 meses tenían probabilidades significativamente mayores de haber contemplado o intentado el suicidio en las cuatro semanas precedentes, en comparación con las que nunca habían sufrido esa violencia (Bot, Guedes, Goodwin, & Adamas Mendoza, 2012).

En el caso de Costa Rica, entre el año 2007 y el año 2016 se observa que la ciudadanía identificó a la inseguridad (delincuencia) como uno de los principales problemas del país, llegando a obtener su cifra más alta durante 2011, cuando alcanzó el 28%, durante los siguientes cinco años presentó una tendencia a la baja, llegando a posicionarse como la principal problemática el desempleo. A partir del 2015 la percepción de inseguridad en los costarricenses comenzó a incrementar. Según los resultados de la encuesta de opinión sociopolítica que realiza el Centro de Investigaciones y Estudios Políticos de la Universidad de Costa Rica (CIEP-UCR)

en marzo 2017, las estadísticas del módulo de seguridad del CIEP revelan que históricamente las mujeres se sienten más inseguras que los hombres. En el 2013 la diferencia de puntos porcentuales de percepción de inseguridad entre hombres y mujeres fue de 5 puntos, para el año 2016 esta cifra aumentó a 5,4 y en 2017 disminuyó a 2,8 puntos porcentuales, no obstante, el caso de las mujeres sigue siendo mayor (Piedra Duran , 2017).

En una encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados Demográficos y de Salud realizada por UNICEF (2017) en Argentina, Uruguay Panamá, Nicaragua, México, El Salvador República Dominicana, y Cuba Costa Rica, reportaron que Mujeres de 15-24 años tuvieron su primer relación sexual forzada (UNICEF O. , 2018).

### **3.2 Estadísticas sobre violencia de género en el Contexto Nacional**

En un estudio realizado en diferentes en cinco municipios: el Distrito Central (que comprende las ciudades de Tegucigalpa y Comayagüela), ubicado en el departamento de Francisco Morazán; San Pedro Sula y Choloma, pertenecientes al departamento de Cortés; y Tela y La Ceiba, en el departamento de Atlántida. Durante los diez años investigados de (2005-2014) las autoridades públicas reportaron una cifra acumulada de 4,018 muertes violentas de niñas, mujeres y femicidios, ocurridos a un ritmo ascendente que bajó por primera vez el último año, cuando en 2014 se registraron 105 menos que el año anterior Esto significa que el problema creció en un 263% entre el primer año (2005), cuando se registraron 175 decesos, y el año más crítico (2013), con 636 casos. Según el Observatorio de la Violencia en muertes violentas y femicidios se registraron las siguientes cifras: en 2005, 175; en 2006, 202; en 2007, 295; en 2008,

313; en 2009, 363; en 2010, 385; en 2011, 512; en 2012, 606 y en 2013, 636 y en 2014, 531 (Sánchez, Sánchez, & Ropaín, 2015).

El período más vulnerable a la violencia y la inseguridad para las mujeres hondureñas, transcurre entre los 20 y 29 años, el 53% de las muertes ocurrieron a mujeres entre los 15 y 34 años de edad, mientras que tres de cada diez mujeres tenía entre 20 y 29 años, Por su parte, los datos proporcionados por el Poder Judicial sobre estos casos, durante los últimos siete años, revela que en el 93% de los casos denunciados por violencia doméstica, las víctimas son mujeres. Llama sin embargo la atención que 1,374 adolescentes, con edades comprendidas entre los 15 y 19 años hayan sido victimizadas, dando posiblemente inicio a un ciclo que sigue repitiéndose a lo largo de varios años (Sánchez, Sánchez, & Ropaín, 2015).

Para este estudio tres años fueron particularmente graves en el período, los comprendidos entre 2011 a 2013, cuando se registraron 8,092 de los casos, representativos del 54% de la cifra total. De cada cien mujeres agredidas en la década, 21 fueron atacadas el año 2012, el más violento de todos, con 3,088 denuncias. Una observación más detenida evidencia un descenso en el 2014, equivalente a 2,301 casos, pero similar al de 2011, con 2,316 (quince más en aquel año), lo que muestra que el cuatrienio transcurrido del 2011 al 2014 es el período más grave durante los últimos diez años. Siete de cada diez niñas y mujeres fueron agredidas los últimos cuatro años (Sánchez, Sánchez, & Ropaín, 2015).

La violencia sexual se ensaña contra las niñas con edades comprendidas entre los diez y catorce años, en primer lugar, y las adolescentes, entre los 15 y 19 años, en segundo término. Ambos grupos representan al 71% de sus víctimas. En términos absolutos, 7,667 niñas, de 10 a 14 años, fueron víctimas de delitos sexuales en los diez años investigados, y 5,964, que tenían entre 15 y 19 años. Esta violencia hacia grupos etarios esencialmente jóvenes se vincula a otros problemas del país. Honduras es el segundo país de América Latina con la tasa más alta de embarazos en la adolescencia (Sánchez, Sánchez, & Ropaín, 2015).

El Observatorio de la Violencia señala que el 83% de los delitos sexuales cometidos y denunciados en el último año fueron dirigidos a mujeres, y un 74% de las agresiones hacia ambos sexos, fueron cometidas por personas conocidas. Cuatro son los segmentos que como “agresores conocidos” distingue el estudio de IUDPAS correspondiente al 2014. El primero equivale a una tercera parte (33.5% ó 795 delitos) y se identifican como: amigos, colaboradores, compañeros de trabajo o de estudio. El segundo segmento está formado por parejas o ex parejas (17% ó 402 casos); el tercero (13%) por otros familiares, y el cuarto (11%) son el padre o la madre (Sánchez, Sánchez, & Ropaín, 2015).

Un 38% de las muertes ocurrieron a mujeres entre los 15 y 19 años, o bien, entre los 30 y 39. Visto de otra manera, el período más frágil de la vida de mujeres víctimas de una violencia mortal en Tegucigalpa y Comayagüela transcurre entre los quince y 39 años de edad, que es cuando se advierte que se concentran el 74% de las tragedias, Un total de cuarenta y ocho de cada cien mujeres agredidas y evaluadas en clínicas forenses –entre 2007 y 2012- tenía entre 20 y 29



años; y treinta de cada cien, entre 15 a 19 o entre 30 a 34 años. Es decir, casi el 80% de las residentes en la capital que fueron agredidas en sus hogares, tiene de 15 a 39 años de edad. En el período estudiado, se registraron 2,861 delitos sexuales. 8 de cada 10 personas afectadas fueron mujeres (83,39%), mientras que las niñas y mujeres entre 10 y 19 años son de lejos las más afectadas por los delitos sexuales (65%), según los requerimientos para una evaluación forense (Sánchez, Sánchez, & Ropaín, 2015).

Según datos proporcionados por el Centro Electrónico de Documentación del Poder Judicial el número de casos por violencia de género ingresados en los Juzgados a nivel nacional en el 2017, fue de 18,260 ingresos, en el 2018 fue de 19,935 ingresos. En lo concerniente a los ingresos por violencia en los juzgados de Francisco Morazán en el 2018 fue 5,224 (CEDIJ, 2019).

Según el Observatorio de Derechos Humanos de la Mujer (2018), El Ministerio Público en 2017 registró 2,880 denuncias de violencia sexual contra mujeres y niñas con diversas expresiones, las más alarmantes son los casos de violación, 703 casos y violación sexual especial (menores de edad) 636 casos, seguido de actos de lujuria, 569 casos. Estos niveles de violencia sexual que son denunciados por niñas y mujeres, implican que cada 3 horas una mujer denuncia una agresión sexual. Por su parte la Dirección de Medicina Forense registró 3,067 casos de violencia sexual, de los cuales 2,664 ocurrieron en contra de niñas y mujeres jóvenes menores de 18 años; en el 12% de los casos las víctimas fueron hombres, la mayoría niños y adolescentes, y en un 2% de casos no se especifica el sexo. Lo anterior indica que en el 86% de los casos de violencia sexual las víctimas son mujeres.

### 3.3 Estadísticas sobre violencia de género en MAPRODEM

En cuanto a Ciudad Mujer ubicada en colonia Kennedy, ciudad de Tegucigalpa desde su creación en el 2016 hasta la fecha se han atendido 9, 721 casos de violencia de género, de los cuales en tres de sus módulos se brinda servicio Psicológicos, a continuación se detallan junto con los servicios brindados en los años 2017 y 2018. Módulo de Atención y Protección de Derecho de la Mujer. (MAPRODEM). 2017 - 1,433 atenciones psicológicas. 2018 - 3,920 atenciones psicológicas.

Según información de primera mano, el Módulo de Atención y Protección a los Derechos de la mujer, para el año 2021, contando de enero hasta junio se han intervenido 3,952, usuarias por motivos de experiencias de violencia en el hogar.

En la siguiente tabla se presentan los datos estadísticos de casos de mujeres con diagnóstico de depresión atendidas en Módulo MAPRODEM en los últimos tres años.

Tabla 1

*Usuarias atendidas por depresión en MAPRODEM en los últimos tres años.*

| <b>Casos de Depresión atendidos</b> |           |           |
|-------------------------------------|-----------|-----------|
| Año 2017                            | Año 2018  | Año 2019  |
| 292 Casos                           | 330 Casos | 115 Casos |

*Nota:* Esta tabla muestra los casos de depresión atendidos en MAPRODEM, 2017,2018, y 2019.

Información brindada por Ciudad Mujer en (2019), mediante solicitud realizada y recibida por esta institución y dando cumplimiento a la Política Nacional de Transparencia, así como el ejercicio del derecho de toda persona al acceso de la información pública mediante la participación ciudadana, lo anterior fundamentado en los Artículos 13 ,14 y 21 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

### **3.4 Marco Legal/Normativo**

La protección de los derechos de la mujer en Honduras están reglamentados desde una perspectiva jurídica internacional hasta una local, a continuación se estará presentando la normativa relacionada a la defensa de la vida, libertad y derecho a la pertenencia que toda mujer debe poseer en una sociedad en donde impera la justicia.

#### ***3.4.1 Instrumentos Internacionales***

La Declaración sobre la eliminación de la discriminación contra la Mujer fue adoptada el 7 de noviembre de 1967 por los Estados Miembros de las Naciones Unidas, y es la precursora de la Convención sobre la Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra la Mujer, Establece que la discriminación contra la mujer es fundamentalmente injusta y constituye una ofensa a la dignidad humana, y pide a los Estados que adopten medidas para abolir las leyes, costumbres, reglamentos y prácticas que constituyan discriminación contra la mujer, y para asegurar la protección jurídica adecuada de la igualdad de derechos (INAM, 2019).

Primera Conferencia Mundial sobre los Derechos de las Mujeres, México 1975 La Asamblea General de la ONU declaró 1975 como Año Internacional de la Mujer, y decidió realizar la Primera Conferencia Mundial sobre los Derechos de las Mujeres. Esta se desarrolló para recomendar acciones y medidas que debían cumplir los gobiernos, organizaciones y la comunidad internacional para lograr la plena igualdad y participación de las mujeres en la vida social, política, económica y cultural. Esta conferencia dio lugar al Plan Mundial de Acción para la Promoción de la Mujer, y a la Declaración del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer y el Desarrollo 1975-1985. El tema central que se discutió fue: Igualdad, Desarrollo y Paz (INAM, 2019).

Cinco años después se realizó la Segunda Conferencia en 1980, donde se evaluaron los alcances derivados de la primera. El tema central fue la evaluación de los logros del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer: Igualdad, Desarrollo y Paz, especialmente lo relacionado con el empleo, la salud y la educación. Se aprobó un programa de acción que hacía un llamado a adoptar medidas nacionales más firmes para garantizar la apropiación y el control de la propiedad por las mujeres, así como a introducir mejoras en el ámbito de la protección de los derechos de herencia, de custodia de los hijos y de nacionalidad de la mujer (INAM, 2019).

Citado por INAM (2019), en Nairobi 1985 se llevó a cabo la tercera conferencia, por lo que se adoptó un nuevo enfoque, priorizando la igualdad en la participación social, política y en la toma de decisiones. En ese momento histórico se reconoció que la participación de la mujer no era legítima, sino indispensable para una comprensión más acabada de la implementación de las

políticas públicas para la igualdad de oportunidades. Además, se instó a los gobiernos a crear programas y espacios institucionales para la mujer en el empleo, la salud, educación y servicios sociales, entre otras áreas.

En la cuarta Conferencia Mundial sobre los Derechos de la Mujer, Beijing 1995, se reconoce la necesidad de trasladar el centro de la atención de la mujer al concepto de género, concluyendo que toda la estructura de la sociedad tenía que ser reevaluada a la luz del desarrollo de los estudios de género. Se adopta la Plataforma de Acción de Beijing, que esboza doce ámbitos críticos que constituyen obstáculos para el adelanto de la mujer: Mujer y pobreza, acceso desigual a la educación, falta y acceso desigual a los sistemas de salud, violencia contra la mujer, vulnerabilidades de las mujeres en conflictos armados, desigualdad en las estructuras económicas, desigualdad en el poder y la toma de decisiones (INAM, 2019).

Según el Instituto Nacional de la Mujer (2019), en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer (CEDAW) que fue adoptada por la ONU en 1979, como un tratado internacional que protege los derechos y libertades fundamentales de las mujeres. En el preámbulo indica que, a pesar de la existencia de otros instrumentos, las mujeres siguen sin disfrutar de los mismos derechos que los hombres. Contiene principios claves para asegurar la igualdad entre hombres y mujeres, y medidas que deben adoptar los Estados para elaborar sus agendas para eliminar la discriminación.

En la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer En 1987, en el marco del seguimiento a la tercera conferencia mundial sobre la Mujer celebrada en Nairobi, la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer asumió el liderazgo en las labores de coordinación y promoción del trabajo del sistema de las Naciones Unidas en los asuntos económicos y sociales para el empoderamiento de la mujer. En ese período contribuyó a que, por primera vez, el problema de la violencia contra las mujeres figurara en primer plano en los debates internacionales. Esos esfuerzos cristalizaron en la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, aprobada por la Asamblea General el 20 de diciembre de 1993 (INAM, 2019).

### ***3.4.2 Instrumentos Normativos Nacionales***

Constitución de la República de Honduras. Aprobada por la Asamblea Nacional Constituyente mediante Decreto No. 131, el 11 de enero de 1982. Reconoce a la persona humana como “el fin supremo de la sociedad y del Estado” (artículo 59); establece que en Honduras no hay clases privilegiadas, que todos “nacen libres e iguales en derechos”, declara punible toda discriminación por motivo de sexo, raza, clase y cualquier otra lesiva a la dignidad humana y manda a establecer delitos y sanciones a quienes infrinjan este precepto (OIM, Constitución de la República de Honduras, 2020).

Código Penal Decreto N°. 130-2017, publicado por el Diario Oficial La Gaceta N°. 34940, Mayo de 2019. Este instrumento legal protege algunos bienes jurídicos de la infancia, como los relativos a la “Vida e Integridad Corporal”, “Libertad e Integridad Física, Psicológica y Sexual”, “Libertad y la Seguridad” (OIM, 2019).

Este código hace referencia a los delitos de violencia contra la mujer que comprenden desde violencia física, psicológica y sexual, el bien jurídico protegido es la integridad física, psicológica y sexual. Las manifestaciones de la violencia sexual son consideradas delitos contra la libertad sexual y la honestidad y hacen referencia a la violación, actos de lujuria, estupro, incesto, explotación sexual, hostigamiento sexual, en el capítulo II, Título V, del Nuevo Código Penal se contemplan los Delitos Contra la Mujer, en los artículos del 208 al 210 específicamente. También en el Capítulo V, del Título XI, referente a los delitos contra las relaciones familiares, el delito de Maltrato Familiar, en el artículo 289 (OIM, 2021).

Código de Familia. Fue aprobado en 1984 y ha sido reformado en 1987, 1989 y 1992. Regula las relaciones de familia y enfatiza la necesidad de garantizar la igualdad jurídica de los cónyuges y de los hijos e hijas entre sí. Regula, a través de instituciones jurídicas, la patria potestad, guarda y cuidado, pensión alimenticia, así como los deberes y derechos de los padres y madres con sus hijos e hijas menores de edad (OIM, 2015)

Ley Contra la Violencia Doméstica. Fue aprobada en 1997. Sanciona la violencia doméstica en todas sus manifestaciones: física, psicológica, sexual y patrimonial. Mediante Decreto No. 250 del año 2005 fue reformada con la finalidad de agilizar y hacer más eficiente el trámite y la aplicación de medidas de seguridad para las personas denunciadas. Esta reforma incluyó la tipificación de diferentes tipos de violencia doméstica (física, psicológica, sexual,

patrimonial o económica) y mecanismos de protección frente a éstas, mediante medidas de seguridad, precautorias y cautelares (OIM, 2021).

### ***3.4.3 Políticas Públicas Nacionales a favor de la Mujer***

Política Nacional de la Mujer II Plan de Igualdad y Equidad de Género en Honduras (II PIEGH). Es un Decreto Ejecutivo (PCM 028-2010) aprobado en Consejo de Ministros y publicado en La Gaceta Número 32275 del 28 de julio del 2010, con una vigencia de 2010 a 2022, ejecutado a través del INAM y circunscrito al Plan de Nación 2010-2022 y Visión de País 2010-2038. Cuenta con seis ejes, el segundo es la “promoción, protección y garantía del derecho de las mujeres, niñas y adolescentes a la paz y a una vida libre de violencia” Reconoce que la criminalidad y la violencia refuerzan la desigualdad de género. Como retos para prevenir la violencia plantea: alianzas interinstitucionales, investigaciones, capacitaciones, transversalización del enfoque de género en la institucionalidad pública, fortalecimiento de las capacidades locales contra la violencia doméstica, creación de la Unidad de Género en seguridad y justicia, fortalecimiento de la fiscalía y el poder judicial en instrumentos normativos contra la violencia doméstica, equipamiento de las casas refugio, incidencia en la defensa pública, incidencia en las OMM y operadores de justicia sobre la ESC (INAM, 2017).

Según la Gaceta (2016), el Plan Nacional de Violencia contra las Mujeres, fue aprobado como Decreto Ejecutivo PCM 02-2014, que fue publicado en La Gaceta el 3 de marzo de 2014. El Plan está proyectado para ser ejecutado en el periodo 2014-2022 y abarca diferentes tipos de violencia contra las mujeres: doméstica, sexual, trata de personas, contra las mujeres viviendo



con VIH-Sida, lesiones personales y femicidios. El plan consta de siete componentes para combatir y erradicar las violencias contra las mujeres: detección, prevención, atención, legislación, información, investigación, monitoreo y evaluación.

### ***3.4.4 Normativa Municipal a Favor de la Mujer***

*Ley de Municipalidades.* Fue aprobada mediante Decreto 134-90, el 8 de agosto de 1995 y publicado en el Diario Oficial La Gaceta número 27739 el 24 de agosto de 1995. En sus disposiciones transitorias, estas reformas establecen la creación de oficinas y programas de apoyo a la mujer, “para canalizar sus iniciativas y proteger sus derechos.

*La Oficina Municipal de la Mujer.* Su origen se asocia a la ejecución de la Política Nacional de la Mujer, ejecutado a través del INAM, desde las postrimerías de los años 90. La reforma a la Ley de Municipalidades, de 2009, efectiva a partir de su publicación en La Gaceta, el 2010, no las reconoce aún por ese nombre. Las OMM han sido creadas en la mayoría de los municipios, como parte de las reformas a la Ley de las Municipalidades, a cargo de una persona que es nombrada por cada alcalde y que es acuerpada por las redes de mujeres de las aldeas y caseríos, pero sigue siendo un tema de agenda convertirlas en estructuras funcionales, de y para las mujeres.

## **3.5 Instituciones al Servicio de la Mujer**

### ***3.5.1 Instituciones Gubernamentales***

La Fiscalía Especial de la Mujer cuenta con dos fiscales asignados a la investigación de violencia doméstica, intrafamiliar y sexual en la ciudad de Tegucigalpa, uno en San Pedro

Sula (con jurisdicción para Choloma) y uno en la ciudad de La Ceiba (con jurisdicción en La Ceiba y Tela) (Sánchez, Sánchez, & Ropaín, 2015).

Ministerio Público Módulo de Atención Integral Especializado: Coordinado por la Abogada, Jehimy Yaquelin Colindres Medina, tiene como objetivo brindar atención a las mujeres víctimas de violencia por razones de género, víctimas y testigos en condiciones de vulnerabilidad, brindando una atención integral especializada, de la mano de un equipo de trabajo multidisciplinario (Fiscal, Psicólogo, Médico Forense, Trabajo Social); y de esta manera evitar su revictimización y a la vez otorgar protección a derechos fundamentales.

Instituto Nacional de la Mujer (INAM). Se creó mediante el decreto No.232-98, del 30 de septiembre de 1998. Éste se publica en la Gaceta No. 28798 del 11 de febrero de 1999. Tiene como visión ser uno de los pilares fundamentales del estado en lo referente a la incorporación plena de la mujer impulsando el mejoramiento de su calidad de vida, y potenciando el respeto a sus derechos humanos, en armonía con los intereses de todos los sectores sociales en un marco participativo y democrático y como Misión institución responsable de formular, desarrollar, promover, coordinar y dar seguimiento a las políticas que garantizan y protegen los derechos de las mujeres, las adolescentes y las niñas con equidad de género, para contribuir al desarrollo humano sostenible del país (INAM, 2017).

Juzgado Especial Contra la Violencia Doméstica, Jurisdicción especial creada para conocer y aplicar lo dispuesto en la Ley contra la Violencia Doméstica y sus Reformas , la cual

funcionará por medio de Juzgados y Tribunales especializados en diferentes regiones del país de acuerdo a los requerimientos concretos. En tanto se crean los Juzgados y Tribunales especializados, corresponderá su aplicación a los de Letras de Familia, a los Juzgados de Letras Departamentales o Seccionales y a los Juzgados de Paz. En su caso, conocerá, las respectivas Cortes de Apelaciones (CDM, 2004)

### ***3.5.2 Instituciones no Gubernamentales***

Movimiento de Mujeres por la Paz “Visitación Padilla”. El Movimiento Visitación Padilla, se fundó en 1984. Su objetivo fundamental es contribuir a transformar las estructuras del sistema patriarcal que obstaculizan el desarrollo pleno de las mujeres.

El Movimiento de Mujeres Visitación Padilla es una organización cuya estructura de base mínima son los "colectivos de mujeres", así tiene colectivos de base en todas las ciudades donde está organizado. Área de Experticia: Atención a mujeres sobrevivientes de violencia (SIA, 2019).

Asociación Calidad de Vida, es una organización de mujeres, fundada el 5 de junio de 1996 con el objetivo de proteger la vida de las mujeres víctimas de las violencias, definiendo o haciendo real un plan de vida libre de violencia, con visión de cubrir las necesidades prácticas, sociales, psicológicas, médicas, legales, ocupacionales y educativas; de manera oportuna con calidad, calidez y confidencialidad en coordinación con redes e instituciones gubernamentales, no gubernamentales, locales, nacionales e internacionales (SIA, 2019).

## 4. Metodología de la Investigación

### 4.1 Enfoque, alcance y diseño

*Enfoque mixto:* La meta de la investigación mixta no es reemplazar a la investigación cuantitativa, ni a la investigación cualitativa, sino utilizar las fortalezas de ambos tipos de indagación, combinándolas y tratando de minimizar sus debilidades y potenciales (Hernández Sampieri, Fernández Cuello, & Baptista Lucio, 2010). Nuestro estudio tiene un enfoque mixto porque se llevó a cabo en fases, la primera fase (cualitativa), que consistió en realizar entrevistas semiestructuradas a personas expertas en el tema) y la otra fase (cuantitativa), que consistió en la aplicación de tres escalas a las usuarias que han vivido episodios violentos.

Tiene un alcance correlacional ya que asocia variables mediante un patrón predecible para un grupo o población. Se analizaron los datos obtenidos en la fase cuantitativa, para conocer que influencia tiene una variable en las otras; en este caso la variable independiente violencia en las variables dependientes, depresión y salud general, tiene un diseño Fenomenológico, lo que distingue a este diseño de otros diseños cualitativos es la o las experiencias del participante o participantes como centro de indagación, tomó como punto central de la investigación las experiencias en violencia, vividas por las usuarias abordadas y es de tipo transversal debido a que los datos se recopilan en un momento único (Hernández Sampieri, Fernández Cuello, & Baptista Lucio, 2010).

Esta investigación se realizó en solo momento y no se pretende dar seguimiento a la población intervenida.

## **4.2 Técnicas de Recolección de Información.**

El análisis cualitativo, se realizó mediante entrevista semiestructurada, que consiste en trece preguntas abiertas que en este caso fueron respondidas por profesionales expertos en materia de violencia y salud mental (Ver anexo N° 1).

La recolección de datos para análisis cuantitativo se hizo mediante dos cuestionarios auto administrados fueron proporcionados directamente a los participantes en este caso a mujeres mayores de 18 años, que sabían leer, escribir y con experiencias de violencia vividas, en sus tipos, física, sexual, y psicológica, patrimonial, social y de género.

1. Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).
2. Escala de violencia Intrafamiliar J4
3. Escala General de Goldberg.

Y para la recolección de información para análisis cualitativo se realizó a través de entrevistas semiestructuradas, para lo cual se entrevistó a profesionales de la psicología que trabajen en áreas de salud donde se atienden a usuarias sobrevivientes de violencia y a profesionales del derecho, de la psicología y trabajadora social que laboran en el Centro Ciudad Mujer.

4. Entrevista semiestructurada

A continuación se detalla cada uno de los instrumentos:

### 4.2.1 Inventario de Depresión de Beck –II (BDI-II).

Tabla 2

*Características de la Escala de Depresión de Beck*

| Características                   | Descripción   |
|-----------------------------------|---|
| Autor:                            | Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown.  |
| Autor de la adaptación Española   | Jesús Sanz y Carmelo Vázquez, en colaboración con el Departamento de I+D de Pearson Clinical and Talent Assessment España: Frédérique Vallar, Elena de la Guía y Ana Hernández. |
| Editor de la adaptación Española: | Pearson Educación, S.A.   |
| Fecha de última revisión          | 2011  |
| Constructo Evaluado:              | Depresión   |
| Áreas de aplicación:              | Psicología clínica, forense y Neuropsicología.  |

*Nota:* Esta tabla muestra las características de la Escala de Depresión de Beck.

El BDI-II es un autoinforme que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, entre otros. Por ejemplo en el ítem número 1 de tristeza, nos describe los enunciados de respuesta 0 para no me siento triste, 1 me siento triste gran parte del tiempo, 2 me siento triste todo el tiempo, 3 me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

El BDI-II es fácil de utilizar. Se puede aplicar de forma individual o colectiva, con formato de papel y lápiz o de forma oral. En general, requiere entre 5 y 10 minutos para ser contestado, aunque en pacientes con depresión grave o trastorno obsesivo puede tardar unos minutos más. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios de patrón de sueño) y el 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías, las puntuaciones mínima y máxima van de 0 a 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave (SECOP, 2011).

**a. Confiabilidad:** grado en que un instrumento produce resultados consistentes y coherentes (Hernández Sampieri, Fernández Cuello, & Baptista Lucio, 2010).

Para analizar la estabilidad del BDI-II, a través del tiempo se compararon las respuestas de unas submuestras de 17 pacientes externos a quienes se les administró la prueba en dos oportunidades: En el momento de la admisión y a los 7-10 días, en la primera sesión de psicoterapia la correlación entre test y retest indico una correlación positiva y significativa entre ambas evaluaciones ( $r=.90$ ,  $p<0.001$ ), aunque el promedio de puntuación total del BDI-II, es el test ( $M=32,6$ ;  $DE=10.3$ ) fue mayor que en el retest ( $M=27$ ;  $de=12.8$ ) en cuanto a la estabilidad de las puntuaciones en una submuestras de puntuación general ( $n=60$ ), se constató una correlación significativa entre ambas mediciones ( $r=0.864$ ,  $p<0.001$ ) y nuevamente una medida ligeramente mayor en el test ( $M=9.92$ ;  $DE=6.49$ ) respecto al retest ( $M=8.27$ ;  $DE=6.25$ ), estos resultados en la muestra de pacientes y de sujetos de población general indican, entonces una estabilidad importante de las puntuaciones del BDI-II, a través del tiempo ( Beck, Steer, & Brown, 2009).

En este estudio se constató una correlación significativa ( $r=0.919$ ,  $p<0.000$ ).

**b. Validez:** grado en que un instrumento en verdad mide la variable que se busca medir (Hernández Sampieri, Fernández Cuello, & Baptista Lucio, 2010).

Se pudo constatar que las puntuaciones del BDI-II, y las puntuaciones de otras pruebas psicológicas en la muestra de pacientes externos estas correlaciones coadyuvan a la validez convergente y discriminante del BDI-II, con respecto a la validez convergente los datos indican que el VDI-II, esta positivamente correlacionado con la escala de depresión del MMPI-II, adaptación de M.M Casullo (1999), ( $r=0.58$ ,  $p<0.01$ ), y con la escala de depresión SCL-90-R, adaptación M.M Casullo (1998), ( $r=0.81$ ,  $p<0.001$ ), en cuanto a la validez discriminante la correlación entre el BDI-II, y la escala de ansiedad de la SCL-90-R, fue de 0.63 ( $p<0.001$ ), estos resultados son semejantes a los hallados por BECK (1996). Quien considera que no son inesperados ya que las evaluaciones clínicas han probado que existe correlación entre la ansiedad y la depresión.

Además, se llevó a cabo un estudio con sujetos de población general para analizar las relaciones entre el BDI-II, y la escala de depresión MMPI-II, la escala de malestar psicológico de KESSLR (KESLLER 1994), (K10; adaptación M.E. Brenlla (2005), y la escala de ansiedad rasgo para adultos (STAI: adaptación N.Leivoich (1991). Indicaron correlativas significativas entre ellas  $p<0.01$ .



### **Ejemplos de Estudios empíricos para validez del constructo.**

Cada grupo de enunciados va precedido de un título informativo acerca de lo que se está evaluando ejemplo tristeza es un título para los enunciados, “no me siento triste, me siento triste la mayor parte del tiempo; se aplicó una versión con títulos y otra segunda sin títulos a 254 sujetos y dieron como resultado diferencias significativas de medias en la respuesta.

En este estudio la correlación entre variables es significativa por tanto mide lo que está determinado a medir.

Para conocer a detalle se presenta la escala de Depresión de Beck, ver anexo 3.

#### ***4.2.2 Escala de violencia Intrafamiliar J4***

Tabla 3

##### *Características de la Escala de Violencia Intrafamiliar J4*

| <b>Características</b> | <b>Descripción</b>                        |
|------------------------|---|
| Autor :                | Julio Jaramillo Oyervide                  |
| Año de creación :      | 2013                                      |
| Institución a cargo :  | Universidad de Cuenca de ciencias médicas |
| Constructo Evaluado:   | Severidad de Violencia Intrafamiliar      |
| Áreas de Aplicación:   | Psicología Clínica y Psicología Forense   |

Nota: Esta tabla muestra las características de la Escala de Violencia Intrafamiliar J4.

Tabla 4

*Determinación de la consistencia interna de la escala VIFJ4*

| Dimensiones  | Alfa de Cronbach   |
|--|--|
| Fiabilidad de la dimensión violencia física                    | Alfa de Cronbach Inicial de 0,895, y Re test de 0,897, la dimensión violencia física de la escala VIFJ4 mantiene su consistencia interna a través del tiempo                         |
| Fiabilidad de la dimensión violencia psicológica               | Alfa de Cronbach Inicial de 0,801, y Re test de 0,808, la dimensión violencia psicológica de la escala VIFJ4 mantiene su consistencia interna a través del tiempo                    |
| Fiabilidad de la dimensión violencia sexual                    | Alfa de Cronbach Inicial de 0,724, y Re test de 0,777, la dimensión violencia sexual de la escala VIFJ4 mantiene su consistencia interna a través del tiempo                         |
| Fiabilidad de la dimensión violencia social                    | Alfa de Cronbach Inicial de 0,882, y Re test de 0,906, la dimensión violencia social de la escala VIFJ4 mantiene su consistencia interna a través del tiempo                         |
| Fiabilidad de la dimensión violencia patrimonial               | Alfa de Cronbach Inicial de 0,747, y Re test de 0,754 la dimensión violencia patrimonial de la escala VIFJ4 mantiene su consistencia interna a través del tiempo                     |
| Fiabilidad de la dimensión violencia de género                 | Alfa de Cronbach Inicial de 0,683, y Re test de 0,668, la dimensión violencia de género de la escala VIFJ4 mantiene su consistencia interna a través del tiempo                      |
| Fiabilidad Total de la Escala de violencia intrafamiliar VIFJ4 | Alfa de Cronbach Inicial de 0,938, y Re test de 0,944, la escala VIFJ4 mantiene su consistencia interna a través del tiempo (Bermeo Álvarez, Caidas Ochoa, & Astudillo Nauta, 2014). |

*Nota:* Esta tabla muestra la consistencia interna de la escala VIFJ4.

**Ejemplos:**

Esta escala contiene 25 ítems, cada enunciado va precedido de un título por ejemplo el título **violencia psicológica**, tiene enunciados como ¿Su pareja le hace callar cuando usted da su opinión?, ¿Su pareja le insulta enfrente de otras personas? (Jaramillo , 2014).

En el anexo número 4, se presenta la Escala Violencia Intrafamiliar J4, en la que se puede observar cada uno de los ítems que la componen y las opciones de respuesta que completan a cada ítem.

**4.2.3 Cuestionario de Salud General de Goldberg.**

En la siguiente tabla se describe las características principales del cuestionario de Salud General de Goldberg.

*Tabla N° 5*

*Características principales del cuestionario de Salud General de Goldberg.*

| <b>Características</b> | <b>Descripción</b>                                     |
|------------------------|--|
| Autor :                | David Goldberg   |
| Año de creación :      | Años 1972  |
| Institución a cargo :  | Hospital Universitario de Manchester, Inglaterra       |
| Constructo Evaluado:   | Estado de salud mental                                 |
| Áreas de Aplicación:   | Área psicosocial, Clínica, Laboral, y Neuropsicología. |

*Nota:* Esta tabla muestra Características principales del cuestionario de Salud General de Goldberg.

El valor del coeficiente alfa de Cronbach, calculado para nuestra serie fue de 0.89, similar e incluso superior al obtenido por estos autores, lo cual nos habla a favor de una buena consistencia interna de nuestro instrumento. La validez de esta escala nos ha parecido buena, al correlacionar alto y positivo con la escala de Depresión de Beck ( $r = 0.92$ ) y con el Idare ( $r = 0.85$ ), lo cual concuerda con lo obtenido por otros autores, aunque con indicadores diferentes (García Viniegras, 1999).

En el anexo número 5 se presenta el Cuestionario de Salud General de Goldberg, en el que se puede observar los ítems que lo componen y las opciones de respuesta de cada uno.

(Ver anexo N° 5)

### **4.3 Población y muestra**

#### ***4.3.1 La población***

Para el análisis cualitativo se tomó en cuenta las opiniones de 5 profesionales expertos en el área de violencia y salud mental.

Para el análisis Cuantitativo se tomó en cuenta 3,952 usuarias que han asistido por servicios psicológicos a MAPRODEM, en el año 2021.

#### ***4.3.2 Muestra***

##### **Muestra para el estudio cualitativo**

Para el análisis cualitativo se tomó en cuenta cinco profesionales expertos en materia de violencia y salud mental; entre los profesionales informantes están a) Un psicólogo que labora en el

Hospital Dr. Mario Mendoza, b) Una Abogada coordinadora y jefa del Módulo MAPRODEM, Ciudad Mujer, c) Una trabajadora Social que labora en el Módulo de Atención y Protección de los Derechos de la Mujer, Ciudad Mujer, Y d) Dos Psicólogas del mismo Módulo y Centro respectivamente.

Tabla 6

*Descripción de las participantes del estudio por Profesión, sexo y edad*

| Profesión          | Edad | Sexo      |
|--------------------|------|-----------|
| Psicólogo          | 41   | Masculino |
| Abogada            | 43   | Femenino  |
| Psicóloga          | 47   | Femenino  |
| Psicóloga          | 29   | Femenino  |
| Trabajadora Social | 41   | Femenino  |

*Nota:* Esta tabla muestra Descripción de las participantes del estudio por Profesión, sexo y edad.

### ***Muestra para el estudio cuantitativo***

Para el análisis cuantitativo se tomó como base el muestreo no probabilístico, por conveniencia, 152 usuarias que asistieron por servicios psicológicos por primera vez en los meses de abril, mayo y junio, de 2021, al Módulo de Atención y Protección a los Derechos de la Mujer, de Ciudad Mujer de Ciudad Kennedy, Tegucigalpa, Municipio del Distrito Central, y que de forma voluntaria decidieran participar en el estudio.

Tabla N° 7

*Edades de las usuarias que participaron en el estudio*

| Edad  | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| 15-25 | 30         | 19,7       |
| 26-35 | 64         | 42,1       |
| 36-45 | 37         | 24,3       |
| 46-55 | 12         | 7,9        |
| 56-65 | 9          | 5,9        |
| Total | 152        | 100,0      |

*Nota:* Esta tabla muestra el rango de edad de las usuarias que participaron en el estudio.

#### **4.4 Consideraciones Éticas**

##### **4.4.1 Criterios de Inclusión**

Se tomaron en cuenta la información brindada por profesionales expertos en el área de atención a la salud mental de mujeres víctimas de violencia.

Y como muestra usuarias mayores de 18 años, que visitaron por primera vez el módulo, con la habilidad de leer y escribir y las que no contaron con esta habilidad se le brindó la asistencia de la

lectura para evitar discriminar este segmento de la muestra, y que están experimentando violencia por el hecho de ser mujer.

Este abordaje se llevó a cabo bajo los requerimientos éticos que sugiere la investigación mixta, con una visión objetiva al momento de la recolección de datos, manejo y análisis de datos y finalmente la publicación de datos relacionados a este estudio.

#### ***4.4.2 Estándares Éticos en los que se llevó a cabo la recolección de datos***

Este estudio es con fines científicos, con la cual se pretende contribuir a brindar información y aportes de carácter profesional en la rama de la psicología clínica, que sean de ayuda a la intervención adecuada en mujeres con diagnóstico de depresión sobrevivientes o que hayan experimentado algún tipo de violencia. Será beneficiada la institución rectora de la muestra del estudio ya que la misma contribuirá a crear mecanismos efectivos de atención psicológica en primera y segunda instancia.

Para la realización de la investigación en cada una de sus fases, se realizó una solicitud al Módulo De Atención y Protección a los Derechos de Mujer, ubicado en Ciudad Muer, colonia Kennedy, misma que fue resuelta de forma favorable, dando así el asentimiento para llevar a cabo el estudio.

1. Los cuestionarios se aplicaron bajo estándares nacionales e internacionales de derechos humanos, sin discriminación, por la pertenencia étnica, situación socioeconómica, estado civil, edad según criterios de inclusión , ocupación, estatus migratorio, creencias religiosas,

capacidades especiales, estado de salud (vivir con VIH), orientación sexual, identidad de género, lugar de residencia, u otra condición.

2. A todas las usuarias se les ofreció la misma calidad de apertura para hacer preguntas y tratadas con justicia, sin ser estigmatizadas o culpabilizadas por la violencia que enfrentan, incluyendo justificaciones asociadas a la edad (mujeres jóvenes), vínculo con personas en conflicto con la ley (miembros de pandillas), condición de migrante retornada, entre otros.

3. Se les brindó una introducción de cada uno de los cuestionarios y al finalizar los mismos una breve intervención, evitando toda situación en la que pudiesen sentir victimizadas.

4. La identidad de las usuarias que de forma voluntaria participaron en el estudio, fue manejada con todo el protocolo de confidencialidad.

5. Este estudio es con fines científicos, con la cual se pretende contribuir a brindar información y aportes de carácter profesional en la rama de la psicología clínica, que sean de ayuda a la intervención adecuada en mujeres con diagnóstico de depresión sobrevivientes o que hayan experimentado algún tipo de violencia.

6. Será beneficiada la institución rectora de la muestra del estudio ya que la misma contribuirá a crear mecanismos efectivos de atención psicológica en primera y segunda instancia.

7. Para realizar esta investigación se contó con asentimiento por parte de la institución y el Módulo de Atención y Protección de los Derechos de la mujer, específicamente.



## 4.5 Plan de Análisis

### 4.5.1. Transcripción de Entrevistas

Para el análisis cualitativo de los datos se efectuarán las transcripciones de las entrevistas estructuradas realizadas a expertos en el tema de violencia de género y salud mental, mismas que se utilizarán para el análisis de las categorías y subcategorías, de los hallazgos encontrados y la triangulación de datos.

### 4.5.2 Codificación de datos

En este estudio se utilizarán tres pruebas /escalas o inventarios estandarizados por lo que será necesario establecer la validez de criterio. Para lo cual se codificarán los datos, transfiriendo todos los valores registrados en los instrumentos que se aplicaron en un archivo, que consistirá en la realización de una matriz, para la que se utilizara el programa estadístico SPSS. Este programa tiene dos ventanas una que nos permite ver la vista de la variable y la otra nos permite ver la vista de los datos.

Tabla 8

#### *Fases del proceso de Análisis de los datos estadísticos*

| <b>PLAN DE ANÁLISIS</b> |  |          |
|-------------------------|--|----------|
| Objetivo específico     | Técnicas a utilizar                                | Software |
|                         | Técnica cualitativa (entrevista semiestructurada). |          |
|                         | Técnica cuantitativa ( métodos estadísticos)       |          |

---

|   |   |                          |
|---|---|--------------------------|
| Conocer los tipos de violencia sufridos por usuarias víctimas que llegan por primera vez al Módulo de Protección de los Derechos de la Mujer                          | Categorías y subcategorías, frecuencias, medias y figuras | Microsoft Excel<br>SPSS  |
| Describir el estado de Salud general de las usuarias que llegan por atención psicológica al Módulo de Atención y Protección a los Derechos de la Mujer,               | Categorías y subcategorías, frecuencias, y figuras        | Microsoft Excel<br>SPSS, |
| Conocer los niveles de depresión en usuarias víctimas de violencia que llegan por primera vez al Módulo de Protección de los Derechos de la Mujer                     | Frecuencias, figuras                                      | Microsoft Excel<br>SPSS  |
| Describir los indicadores referentes a la depresión presentados por las usuarias víctimas de violencia del Módulo de Atención y Protección a los Derechos de la Mujer | Frecuencias, Tablas cruzadas, Figuras                     | Microsoft Excel<br>SPSS  |
| Relacionar los niveles de depresión en función del tipo de Violencia en   | Coefficiente de correlación de Pearson = r                | SPSS                     |

---

usuarias que llegan por primera vez por atención psicológica al Módulo de Atención y Protección de los Derechos de la Mujer

---

*Nota:* Esta tabla muestra las fases del proceso de análisis de datos estadísticos.

### ***4.5.3 Triangulación de datos***

De manera simultánea concurrente, se recolectan y analizan datos cuantitativos y cualitativos sobre el problema de investigación aproximadamente al mismo tiempo. Durante la interpretación y discusión se explican las dos clases de resultados y se efectúan comparaciones de las bases de datos (Hernández Sampieri, Fernández Cuello, & Baptista Lucio, 2010).

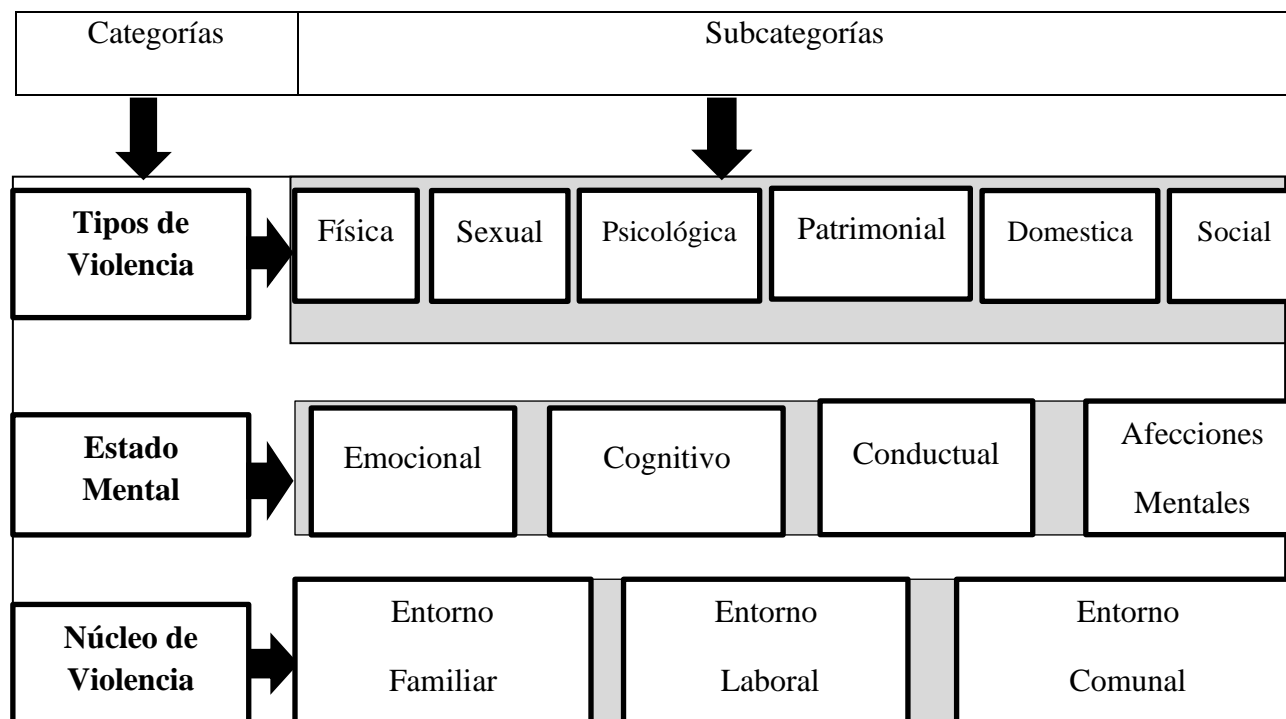
## 5. Resultados

### 5.1 Parte Cualitativa

Para el análisis e interpretación de los datos cualitativos se escogieron diferentes categorías atendiendo los tres temas principales planteados en la investigación: Tipos de violencia, Estado mental, y Contextos de violencia.

En cada categoría se discriminaron una serie de subcategorías respondiendo a indicadores aportados por los distintos informantes y vinculados directamente con los temas principales seleccionados de antemano.

Del estudio de las distintas categorías se desprende la subcategorías, mismas que fueron analizadas para conocer afondo los elementos que enriquecen esta investigación.



## **Figura 1. Diagrama de Categorías y Subcategorías de los tipos de violencia, estado mental y núcleo de violencia.**

Nota: En el diagrama anterior se expresan las categorías que emergen en el análisis de los datos y las subcategorías.

### **5.1.1 Tipos de Violencia**

#### ***5.1.1.1 Violencia Física***

Un tema que emerge del análisis de la información brindada por los informantes es la Violencia física, ya que en su discurso concuerdan con que es uno de los tipos de violencia que más se da entre las usuarias que frecuentan los servicios de salud mental como es el Hospital Mario Mendoza y el Centro Ciudad Mujer, Tegucigalpa respectivamente.

*“Empieza con violencia física y si está no es parada o se le da un alto puede transmutarse o pasar al proceso de la violencia psicológica”*-Psicólogo de 41 años, empleado en hospital de servicios en salud mental.

Al indagar más en el tema una de las informantes comentaba la condición de agresión que algunas usuarias llegan al centro en busca de ayuda.

*“Por lo general llegan usuarias en crisis, golpeadas llegan también entonces en esa parte más que todo las usuarias que llegan al módulo es por crisis o golpes que han tenido un día anterior o que todavía está dentro de las veinticuatro horas -* Psicóloga de 29 años, MAPRODEM, en Ciudad Mujer.

Otras informantes hacían referencia a las formas de maltrato físico que se dan en contra de algunas usuarias de los servicios.

*“Hay casos que me dice mire Licenciada él me asfixia no deja marca no deja nada, no deja huella, pero esta mujer está en riesgo”* -Abogada de 43 años, MAPRODEM, Ciudad Mujer.

*“Cada vez que yo lo llamo me insulta, me fue a buscar al trabajo y me agredió y me insultó y yo lo único que quiero es el dinero para mis hijos”* -Psicóloga, 29 años, Empleada Modulo MAPRODEM, Ciudad Mujer.

### **5.1.1.2 Violencia Sexual**

La violencia sexual es otro de los tipos de violencia que emergió en el análisis de la información brindada por los sujetos informantes.

*“Bastante incidencia de abuso sexual con código Y05, qué es el código de CIE-10 para abuso sexual”* - Psicólogo de 41 años, empleado en hospital de servicios en salud mental.

*“Es código uno, es violencia sexual ellas inmediatamente las pasan con nosotras para que evitar la revictimización”*- Trabajadora Social de 41 años, empleada de MAPRODEM, Ciudad Mujer.

### **5.1.1. 3 Violencia Psicológica**

Según los sujetos informantes la violencia psicológica es la violencia más frecuente de todas ya que sus manifestaciones son producto de otro tipo de violencia.

*“Hay dos tipos de violencia que son bien comunes en las mujeres que van a buscar apoyo y dentro del hospital que buscan asistencia es la violencia psicológica, las personas que van en busca de ayuda por violencia física por violencia es lo que más se da pero entre estas dos van aunadas se empieza con violencia física”*- Psicólogo de 41 años, empleado en hospital de servicios en salud mental.

Según las funcionarias del MAPRODEM, Ciudad Mujer, la violencia psicológica no se mira pero se manifiesta al momento de la intervención.

*“Pues fíjese que es la violencia psicológica porque es la que no se mira, porque es la que no se mira verdad, y al momento en el que uno inicia la entrevista con ella donde le está dando la información que debe de hacer para iniciar el proceso es cuando la mujer entra en crisis y es allí cuando me doy cuenta que va más allá de una demanda de alimentos”*- Psicóloga, 29 años, Empleada Módulo MAPRODEM, Ciudad Mujer.

*“La mayoría requiere atención psicológica, porque la violencia psicológica es la que más está predominando ahorita, y a veces es la invisibilizada”*- Trabajadora Social de 41 años, empleada de MAPRODEM, Ciudad Mujer.

Según las mismas informantes la violencia psicológica la viven algunas mujeres por años por lo que para muchas de ellas es algo normal.

*“Pero el haber vivido tantos años en violencia lo ven normal, porque se acostumbraron a que las estén humillando, les digan que no valen como mujer que no son nada”*- Psicóloga, 29 años, Empleada Módulo MAPRODEM, Ciudad Mujer.

*“Yo no vivo violencia”, a mi él solo me insulta me dice hija de p y basura, pero no es que él así es, entonces la oriento y le digo mire a eso se le llama Violencia psicológica”*- Trabajadora Social de 41 años, empleada de MAPRODEM, Ciudad Mujer.

#### **5.1.1. 4 Violencia Patrimonial**

La violencia patrimonial es otro de los tipos de violencia que es frecuente en las atenciones a usuarias según información brindada por los sujetos informantes.

*“Ejemplo ella llega y dice yo vengo porque quiero asesoría legal porque el papá de los niños no me da la pensión, entonces estamos hablando allí de un incumplimiento porque sí tiene que dar pensión, pero hay una violencia doméstica pero ella va por la situación de los hijos”*- Abogada de 43 años, MAPRODEM, Ciudad Mujer.

*“De repente la mujer llega por una demanda de alimentos y cuando nos toca atenderla o en mi caso cuando me toca atenderla me dio cuenta que atrás de que el hombre es irresponsable con sus menores hijos, ella está viviendo violencia psicológica”* - Psicóloga, 47 años, Empleada Modulo MAPRODEM, Ciudad Mujer.

Según el análisis de la información recogida y brindada por las funcionarias hay usuarias que se niegan a recibir ayuda psicológica aunque estén sufriendo de violencia.

*“Hay usuarias que no llegan por asistencia psicológica sino por asesoría legal por poner una demanda de alimentos, un divorcio, recordemos que una demanda de alimentos es una persona preocupada estresada y es allí donde nosotros lo hemos dicho es allí donde necesita una atención pero son personas que se niegan también”*- Psicóloga, 29 años, Empleada Modulo MAPRODEM, Ciudad Mujer.

*“A veces solo van por demanda de alimentos y podemos decir que allí no hay violencia pero sí hay violencia hay una violencia económica”* - Trabajadora Social de 41 años, empleada de MAPRODEM, Ciudad Mujer.

#### **5.1.1. 5 Violencia Doméstica**



Este tipo de violencia según los sujetos de información es muy frecuente ya que hay mujeres que tienen muchos años de experimentarla pero solo hasta que se les explica todo el ciclo de violencia las usuarias se dan cuenta.

*“Unas mujeres pasan años soportando este tipo de situaciones en su hogar y eso va influenciar bastante, hay otras que van en busca de ayuda cuando empiezan los procesos de violencia doméstica”*- Psicólogo de 41 años, empleado en hospital de servicios en salud mental.

*“Los fines de semana que él toma y mejor no le reclamo yo le reclamé y por eso me pego, la parte de decirles que no podemos justificar todas estas situaciones de violencia, estamos hablando de una violencia doméstica”*- Abogada de 43 años, MAPRODEM, Ciudad Mujer.

#### **5.1.1.6 Violencia Social**

La violencia social es otro de los tipos de violencia que se da, en esta se puede dimensionar la violencia laboral y agresiones por parte de unos ciudadanos hacia otros, todo esto expresado por los sujetos informantes.

*“Hay que incluir la violencia social especialmente durante esta realidad que estamos viviendo que se ha visto más evidenciada, el aumento en agresividad de la sociedad como tal”*- Psicólogo de 41 años, empleado en hospital de servicios en salud mental.

*“La violencia laboral, me despidieron porque estaba embarazada o me despidieron y no me dieron justificación”*- Abogada de 43 años, MAPRODEM, Ciudad Mujer.

#### **5.1.2. Estado mental**

El estado mental es otra categoría emergente del análisis de la información acogida, debido a que la violencia que se infringe en la mujer, les afecta de forma directa en su estado emocional,

generando en ellas algún tipo de afecciones, o en menor escala alteraciones emocionales, alteración de pensamientos, esto según información expresada por los sujetos de análisis.

### **5.1.2.1 Emocional**

En esta categoría se incluyen todos los sentimientos que expresan los sujetos informantes, que son frecuentes en las usuarias víctimas de violencia que asisten por ayuda tanto al Hospital Mario Mendoza, como al módulo MAPRODEM en Ciudad Mujer.

*“Su estado emocional está bien deteriorado, la autoestima que es lo que más se ve afectado por la persona que tiene este tipo de experiencias verdaderamente traumáticas. El miedo, miedo a que sean otra vez agredidas, van con miedo, con dudas, con desconfianza sí, desconfianza de todo el mundo tipo físico o psicológico la persona pierde o se ve afectada en su autoestima”*- Psicólogo de 41 años, empleado en hospital de servicios en salud mental.

*“Imagínese esa parte de solo trabajar con ella me impide a mí que ella pueda salir de esa situación de violencia porque por ese mismo sentimiento de culpa es con el que llega de primera entrada”*- Abogada de 43 años, MAPRODEM, Ciudad Mujer.

Según los sujetos informantes las usuarias muchas veces llegan con temores, y en otras ocasiones molestas porque piensan que son las agredidas y el asistir por ayuda es como un castigo para ellas.

*“Usuarias con miedo, culpables más que todo depende de los demás y falta de autoestima. Algunas llegan, van enojadas algunas por ejemplo cuando van del juzgado, entonces ellas se sientan como si las están castigando”* - Psicóloga, 29 años, Empleada Modulo MAPRODEM, Ciudad Mujer.

*“Ella durante la entrevista la narrativa que ella hace, yo tengo miedo porque yo estoy aquí y no se tengo miedo regresar ando con mis hijos. Son diferentes manifestaciones, ellas se manifiestan enojadas, tristes incluso algunas aparentan estar alegres, una alegría ficticia”*- Trabajadora Social de 41 años, empleada de MAPRODEM, Ciudad Mujer.

### **5.1.2.2 Cognitivo**

Este es otro de los temas emergentes ya que según los profesionales entrevistados y en vista del análisis de la información brindada, muchas de las usuarias víctimas de violencia presentan alteraciones del pensamiento.

*“Cuando llegan al hospital llegan para manejo intrahospitalario porque hay bastantes alteraciones en su estado psíquico las alteraciones del contenido del pensamiento se ven muy muy marcadas con ideaciones suicidas, ideas de minusvalía que son bien comunes e incluso podemos encontrar algunos casos de personas que han llegado en estado de psicosis, llegan con ideas francas producto de que su estado psíquico se ha ido deteriorando significativamente al pensar que la única salida a la problemática que están viviendo es el suicidio”* - Psicólogo de 41 años, empleado en hospital de servicios en salud mental.

*“Algunas vuelven a caer en el problema de salud emocional y mental y es allí donde las volvemos a remitir al centro donde corresponde ya sea el hospital Mario Mendoza o Santa Rosita”*- Psicóloga, 47 años, Empleada Modulo MAPRODEM, Ciudad Mujer.

*“Haber vivido tantos años en violencia lo ven normal, porque se acostumbraron a que las estén humillando, les digan que no valen como mujer que no son nada”*- Psicóloga, 29 años, Empleada Modulo MAPRODEM, Ciudad Mujer.

*“Porque ellas tienen un pensamiento tienen una perspectiva errónea de lo que es una atención psicológica, piensan yo no estoy loca para recibir atención psicológica, pero se le hace ver que a través de la atención psicológica va aprender a auto valorarse, a auto conocerse y a adquirir fortalezas internas”*- Trabajadora Social de 41 años, empleada de MAPRODEM, Ciudad Mujer.

### **5.1.2. 3. Conductual**

El tema conductual es uno de los temas emergentes en lo relacionado al estado mental de las mujeres víctimas, en relación a la actitud que ellas presentan al momento de la intervención de los profesionales de la psicología.

*“Mire es diferentes actitudes, yo no necesito una psicóloga yo no estoy loca, es allí donde entramos y le damos confianza, y ya se les va bajando una prepotencia como “no sé para que mandaron aquí yo soy la violentada, él fue quien me violentó y me mandan aquí para que reciba terapia”*- Psicóloga, 47 años, Empleada Modulo MAPRODEM, Ciudad Mujer.

*“Ellas ya están sufriendo violencia pero al referirlas a los grupos que es un castigo para ellas, están con esta negatividad se sientan molestas”*- Psicóloga, 29 años, Empleada Modulo MAPRODEM, Ciudad Mujer.

*“Otras van furiosas de ver de qué se trata, otras van cohibidas, y otras van violentas, van así como enojadas con la vida”*- Trabajadora Social de 41 años, empleada de MAPRODEM, Ciudad Mujer.

### **5.1.2.4 Afeciones Mentales**

*“Vamos a encontrar trastornos depresivos, con cuadros depresivos crónicos sin síntomas psicóticos pero también vamos a encontrar cuadros depresivos crónicos con síntomas psicóticos porque la misma ya definición y categorización que da la APA dice que toda persona que va con una ideación suicida se considera un síntoma psicótico”*- Psicólogo de 41 años, empleado en hospital de servicios en salud mental.

*“ A raíz de la violencia podría darse un posible diagnóstico, problemas de ansiedad, estrés, de hecho que algunas de las usuarias manifiestan que ya son atendidas en el Mario Mendoza, que ya tienen un diagnóstico no es la mayoría, a ellas si las motivamos para que siga con el tratamiento, pero si hay un porcentaje equis que están pasando por el problema de la depresión que aún no se les ha diagnosticado que no se les puede decir valga la redundancia que es depresiva no porque ella puede salir de la depresión se remite al especialista porque de repente necesita medicamento para bajar la ansiedad bajar la depresión. Algunas son pacientes psiquiátricas ya por que toman alcohol, drogas y eso suma la violencia, le suma a su condición emocional, he remitido usuaria que están bien ya porque yo siempre las llamo para ver cómo están”*- Psicóloga, 47 años, Empleada Modulo MAPRODEM, Ciudad Mujer.

*“Hemos tenido usuarias con depresión, usuarias con ansiedad, con insomnio, también con estrés, negación es un mecanismo de defensa”*- Psicóloga, 29 años, Empleada Modulo MAPRODEM, Ciudad Mujer.

### **5.1.3 Núcleo de Violencia**

#### **5.1.3. 1 Hogar**

La violencia contra la mujer se da en varios contextos, y uno de esos núcleos según el análisis de los datos proporcionados por los sujetos informantes, es el hogar donde vive la usuaria y es su pareja generalmente el agresor.

*“Unas mujeres pasan años soportando este tipo de situaciones en su hogar”*- Psicólogo de 41 años, empleado en hospital de servicios en salud mental.

*“Los fines de semana que él toma y mejor no le reclamo yo le reclamé y por eso me pego, la parte de decirles que no podemos justificar todas estas situaciones de violencia, estamos hablando de una violencia doméstica”*- Abogada de 43 años, MAPRODEM, Ciudad Mujer.

*“La problemática que en ese momento ya sea que están viviendo violencia de parte de su pareja o de parte de su novio o su esposo o su ex pareja,*

*Tenemos que hacer tantas cosas por las mujeres para que salgan de esa situación porque la violencia la lleva a otro nivel en las cuales ellas, ahorita no hay trabajo, no hay oportunidades para ellas y están sometidas a su pareja a su esposo entonces viven una situación bastante difícil las mujeres”*- Trabajadora Social de 41 años, empleada de MAPRODEM, Ciudad Mujer.

### **5.1.3. 2 Entorno Laboral**

Otro de los temas emergentes es el tema de violencia en contextos laborales.

*“La violencia laboral, me despidieron porque estaba embarazada o me despidieron y no me dieron justificación”*- Abogada de 43 años, MAPRODEM, Ciudad Mujer.

### **5.1.3.3 Entorno Comunal**

El núcleo de la violencia según el análisis de la información brindada por los sujetos informantes, muchas veces es el contexto de la comunidad.

*“Vamos a encontrar que cuando vienen de zonas muy marginales vienen con una condición física muy deplorable”- Psicólogo de 41 años, empleado en hospital de servicios en salud mental.*

*“Es porque el vecino me agredió entonces ella llega preguntando qué puedo hacer hay que atenderla en la parte legal y decirle que puede hacer a donde ir” - Abogada de 43 años, MAPRODEM, Ciudad Mujer.*

*“Me dicen yo vengo... hablemos que esta mujer está viviendo violencia comunitaria donde las maras o pandillas me la quieren sacar de la casa o ella se vio involucrada en un caso legal y su vida corre peligro pues sirvió de testigo o en todas esas áreas”- Trabajadora Social de 41 años, empleada de MAPRODEM, Ciudad Mujer.*

## **5.2 Parte Cuantitativa**

### ***5.2.1: Tipos de Violencia***

Según el análisis de datos realizado, todas las usuarias han experimentado cada uno de los tipos de violencia medidos; psicológicas, físicas, patrimoniales, sociales, sexuales, y de género.

La siguiente tabla muestra los niveles de violencia experimentados por las usuarias, en la que se puede observar, como el 34.9% de las usuarias han experimentado violencia en un nivel leve, el 44.7% lo han experimentado en un nivel moderado, y un 20.4% en nivel severo.

Tabla 9

*Porcentaje de usuarias y niveles de violencia experimentados*

|                      |          | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------|----------|------------|------------|
| Niveles de violencia | Leve     | 53         | 34,9       |
|                      | Moderada | 68         | 44,7       |
|                      | Severa   | 31         | 20,4       |
|                      | Total    | 152        | 100,0      |

*Nota:* Esta tabla muestra los niveles de violencia y el porcentaje de usuarias que los experimentan.

**5.2.1.1 Violencia Física**

En la siguiente tabla se muestran los porcentajes de los niveles de violencia física, experimentada por las usuarias que llegan por primera vez por atención psicológica, en la que se puede observar los niveles de violencia en cada uno de sus niveles; el 65.1 % de las usuarias ha experimentado violencia física leve, el 27 % moderada, el 7.9% severa.

Tabla 10

*Niveles de Violencia Física*

| Violencia Física | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------|------------|------------|
| Leve             | 99         | 65,1       |
| Moderada         | 41         | 27,0       |
| Severa           | 12         | 7,9        |
| Total            | 152        | 100,0      |



*Nota:* En esta tabla se muestran los niveles de violencia física y el porcentaje de usuarias que los experimentan.

### ***5.2.1.2 Violencia Psicológica***

En la siguiente tabla se muestran los porcentajes de los niveles de violencia psicológica, experimentada por las usuarias que llegan por primera vez por atención psicológica. Se puede observar en la tabla anterior que el 30.9% han experimentado violencia psicológica en nivel leve, el 50.7 % en nivel moderado, el 18.4 % en nivel severo.

Tabla 11

#### *Niveles de Violencia Psicológica*

| Violencia Psicológica | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------|------------|------------|
| Leve                  | 47         | 30,9       |
| Moderada              | 77         | 50,7       |
| Severa                | 28         | 18,4       |
| Total                 | 152        | 100,0      |

*Nota:* En esta tabla se muestran los niveles de violencia psicológica y el porcentaje de usuarias que los experimentan.

### 5.2.1.3 Violencia Sexual

A continuación. Se muestran los porcentajes de los niveles de la violencia sexual experimentada por las usuarias abordadas y que asisten por primera vez por atención psicológica. El 43.4% de las usuarias ha experimentado violencia sexual leve, moderada en un 42.8% y severa en un 13.8 %.

Tabla 12

#### *Niveles de Violencia Sexual*

| Violencia Sexual | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------|------------|------------|
| Leve             | 66         | 43,4       |
| Moderada         | 65         | 42,8       |
| Severa           | 21         | 13,8       |
| Total            | 152        | 100,0      |

*Nota:* En esta tabla se muestran los niveles de violencia Sexual y el porcentaje de usuarias que los experimentan.

### 5.2.1.4 Violencia Social

A continuación se muestran los porcentajes de los niveles de la violencia social experimentada por las usuarias abordadas. El 32.2 % de las usuarias ha experimentado violencia social en un nivel leve, el 45.4% en un nivel moderado, el 22.4% en un nivel severo.

Tabla 13

*Niveles de Violencia Social*

| Violencia Social | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------|------------|------------|
| Leve             | 49         | 32,2       |
| Moderada         | 69         | 45,4       |
| Severa           | 34         | 22,4       |
| Total            | 152        | 100,0      |

*Nota:* En esta tabla se muestran los niveles de violencia Social y el porcentaje de usuarias que los experimentan.

**5.2.1.5 Violencia Patrimonial**

En la siguiente tabla se muestran los porcentajes de los niveles de violencia patrimonial, experimentada por las usuarias que llegan por primera vez por atención psicológica. El 35.5% de las usuarias ha experimentado violencia patrimonial en un nivel leve, el 46.7 % en un nivel moderado, y el 17.8% en un nivel severo.

Tabla 14

*Niveles de Violencia Patrimonial*

| Violencia Patrimonial | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------|------------|------------|
| Leve                  | 54         | 35,5       |

|          |     |       |
|----------|-----|-------|
| Moderada | 71  | 46,7  |
| Severa   | 27  | 17,8  |
| Total    | 152 | 100,0 |

*Nota:* En esta tabla se muestran los niveles de violencia Patrimonial y el porcentaje de usuarias que los experimentan.

### **5.2.1.6 Violencia de Género**

A continuación se muestran los porcentajes de los niveles de la violencia de género experimentada por las usuarias abordadas y que asisten por primera vez por atención psicológica. Se puede observar que el 34.9% de las usuarias ha experimentado violencia de género en un nivel leve, el 44.7% en un nivel moderado, y un 20.4% en nivel severo.

Tabla 15

#### *Niveles de Violencia de Género*

| Violencia de Género | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------|------------|------------|
| Leve                | 53         | 34,9       |
| Moderada            | 68         | 44,7       |
| Severa              | 31         | 20,4       |
| Total               | 152        | 100,0      |

*Nota:* En esta tabla se muestran los niveles de violencia de género y el porcentaje de usuarias que los experimentan.

## 5. 2.2 Salud General

### 5. 2.2.1 Indicadores presentados por las usuarias sobre la salud en general

#### 1. Concentración

Para poder ver el estado de salud general referente a la concentración, se tomó en cuenta la respuesta al ítem, ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?, resultados que se muestran en la tabla siguiente.

Se puede observar que en un 25.7% han podido concentrarse mejor que lo habitual e igual que lo habitual, el 42.8% las usuarias abordadas han podido concentrarse menos que lo habitual, y el 5.9 % mucho menos que lo habitual.

Tabla 16

#### *Niveles de concentración de las usuarias abordadas*

| <i>¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?</i> |                   |                   |
|---|-------------------|-------------------|
|   | <i>Frecuencia</i> | <i>Porcentaje</i> |
| Mejor que lo habitual                               | 39                | 25,7              |
| Igual que lo habitual                               | 39                | 25,7              |
| Menos que lo habitual                               | 65                | 42,8              |
| Mucho menos que lo habitual                         | 9                 | 5,9               |
| Total   | 152               | 100,0             |

*Nota:* Esta tabla presenta la frecuencia y porcentaje de concentración de las usuarias.

#### 2. Pérdida de sueño por preocupación

La siguiente tabla muestra el estado de salud en general referente a la pérdida de sueño por preocupación de las usuarias que han experimentado violencia, para sacar este porcentaje se tomó en cuenta el ítem que hace referencia a las preocupaciones como causa de la pérdida de sueño.

El 23.7% de las usuarias manifiestan que en lo absoluto sus preocupaciones las hacen perder sueño, un 25% no más que lo habitual, un 37.5 %, las preocupaciones las hacen perder sueño bastante más que lo habitual, y un 13.8% la preocupación les hace perder sueño mucho más.

Tabla 17

*Frecuencia en que las preocupaciones hacen que las usuarias pierdan el sueño*

| <i>¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?</i> |            |            |
|---|------------|------------|
|   | Frecuencia | Porcentaje |
| No, en absoluto   | 36         | 23,7       |
| No más que lo habitual                                      | 38         | 25,0       |
| Bastante más que lo habitual                                | 57         | 37,5       |
| Mucho más   | 21         | 13,8       |
| Total   | 152        | 100,0      |

*Nota:* Esta tabla presenta la frecuencia en que las usuarias presentaron preocupación y pérdida de sueño.

### **3. Agobio y Tensión**

La siguiente tabla muestra el estado de salud en general referente al grado de agobio y tensión de las usuarias que han experimentado violencia. Para lo que se realizó el análisis en base al ítem que mide el agobio y la tensión.

El 17.8 de las usuarias no se sienten agobiadas ni en tensión, un 26.3 no más que lo habitual, el 41.4% se sienten agobiadas bastante más que lo habitual, y el 14.5 % se sientes agobiadas y en tensión mucho más que lo habitual.

Tabla 18

*Frecuencia en que las usuarias han presentado tensión y agobio*

| <i>¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?</i> |                   |                   |
|---|-------------------|-------------------|
|   | <i>Frecuencia</i> | <i>Porcentaje</i> |
| No, en absoluto   | 27                | 17,8              |
| No más que lo habitual                                      | 40                | 26,3              |
| Bastante más que lo habitual                                | 63                | 41,4              |
| Mucho más   | 22                | 14,5              |
| Total   | 152               | 100,0             |

*Nota:* Esta tabla presenta la frecuencia en que las usuarias presentaron tensión y agobio.

#### ***4. Disfrute de Actividades Cotidianas***

La siguiente tabla muestra el estado de salud en general referente al grado de disfrute de actividades normales de cada día de las usuarias que han experimentado violencia. Para el análisis se tomó el ítem que mide el disfrute de las actividades cotidianas.

Se puede observar en la tabla anterior que el 34.9% ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día, el 21.7% igual que lo habitual, el 35.5%, ha disfrutado de sus actividades cotidianas de cada día menos que lo habitual y el 7.9% menos que lo habitual.

Tabla 19

*Capacidad de las usuarias abordadas para disfrutar actividades de cada día*

| ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día? |            |            |
|---|------------|------------|
|   | Frecuencia | Porcentaje |
| Más que lo habitual   | 53         | 34,9       |
| Igual que lo habitual   | 33         | 21,7       |
| Menos que lo habitual   | 54         | 35,5       |
| Mucho menos   | 12         | 7,9        |
| Total   | 152        | 100        |

*Nota:* Esta tabla presenta la frecuencia y porcentaje en que las usuarias disfrutaban actividades de cada día.

### **5. Infelicidad y depresión**

La siguiente tabla muestra el estado de salud en general referente al grado de infelicidad y depresión de las usuarias sobrevivientes de violencia. Para el análisis se tomó en cuenta el ítem que mide el grado de felicidad y deprimido que se pueda estar.

El 30.3% de las usuarias se han sentido poco feliz y deprimidas en lo absoluto, el 23.7% no más que lo habitual, el 34,2% bastante más que lo habitual y el 11.8% se han sentido poco infeliz y deprimidas mucho más que lo habitual.



Tabla 20

*Nivel de felicidad de las usuarias abordadas*

| ¿Se ha sentido poco feliz y deprimido? |            |            |
|--|------------|------------|
|  | Frecuencia | Porcentaje |
| No, en lo absoluto                     | 46         | 30,3       |
| No más que lo habitual                 | 36         | 23,7       |
| Bastante más que lo habitual           | 52         | 34,2       |
| Mucho más                              | 18         | 11,8       |
| Total                                  | 152        | 100        |

*Nota:* Esta tabla presenta la frecuencia y el porcentaje de felicidad de las usuarias.

### **6. Superar Dificultades**

La siguiente tabla muestra el estado de salud en general referente al grado de infelicidad y depresión de las usuarias que han experimentado violencia. Para este análisis se tomó en cuenta el ítem que mide el grado en el que ha sentido puede superar las dificultades.

El 34.9% de las usuarias entrevistadas No, en lo absoluto ha sentido que puede superar sus dificultades, el 27% No más que lo habitual, el 24.3% mucho más que lo habitual y el 13.8% mucho más.

Tabla 21

*Capacidad para superar dificultades presentado por las usuarias abordadas*

| <b>¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?</b> |            |            |
|---|------------|------------|
|   | Frecuencia | Porcentaje |
| No, en lo absoluto  | 53         | 34,9       |
| No más que lo habitual                                    | 41         | 27         |
| Bastante más que lo habitual                              | 37         | 24,3       |
| Mucho más   | 21         | 13,8       |
| Total   | 152        | 100        |

*Nota:* Esta tabla presenta la frecuencia y el porcentaje de la capacidad para superar las dificultades de las usuarias.

### **7. Confianza en sí misma**

A continuación se muestran los porcentajes al estado de salud general de las usuarias entrevistadas, referente al grado de confianza que tienen en sí mismas. Para este análisis se tomó en cuenta el ítem que mide la confianza en sí mismas.

Se puede observar que el 45.4% de las usuarias abordadas No, en lo absoluto han perdido la confianza en sí mismas, el 24.3% No más que lo habitual, el 20.4% bastante más que lo habitual, y 9.9% mucho más que lo habitual.

Tabla 22

*Nivel de confianza en ellas mismas*

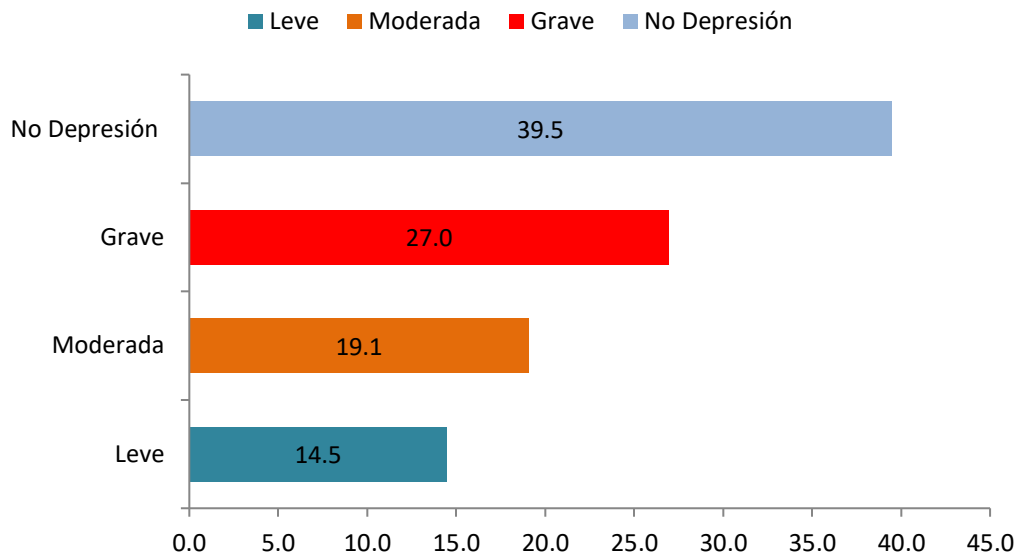
| <b>¿Ha perdido confianza en sí misma?</b> |            |            |
|---|------------|------------|
|   | Frecuencia | Porcentaje |
| No, en absoluto                           | 69         | 45,4       |
| No más que lo habitual                    | 37         | 24,3       |
| Bastante más que lo habitual              | 31         | 20,4       |
| Mucho más                                 | 15         | 9,9        |
| Total                                     | 152        | 100        |

*Nota:* Esta tabla presenta la frecuencia y el porcentaje de confianza de las usuarias en ellas mismas.

### **5.2.3 Niveles de Depresión**

En la siguiente figura se muestran los niveles de depresión experimentados por las usuarias.

Se puede observar en la figura los porcentajes referente a los niveles de depresión; el 39% de las usuarias no presentan depresión, el 14.5% la experimentan en nivel leve, el 19.1 % moderada y el 27.1 % presenta depresión en nivel grave.



**Figura N° 2. Niveles de Depresión encontrados en las usuarias**

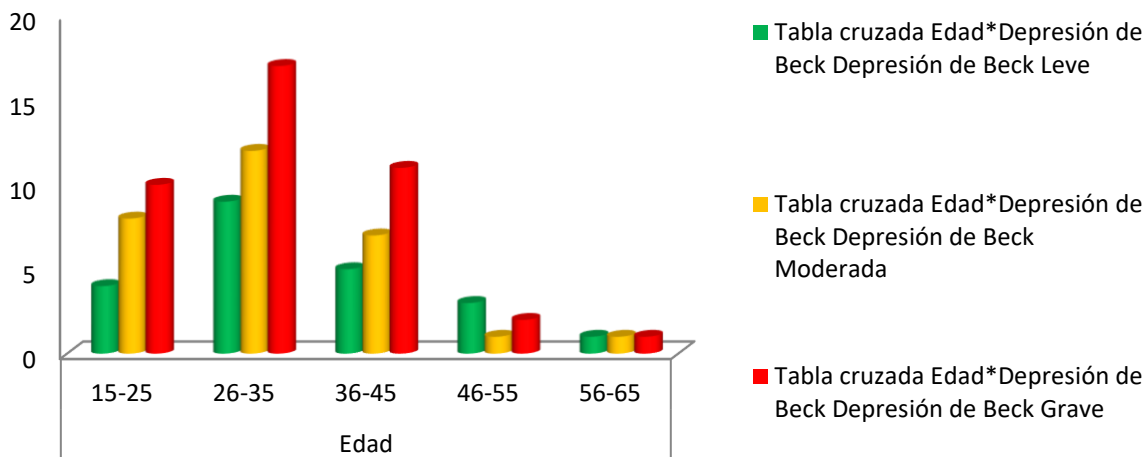
*Nota:* En esta figura se presentan los porcentajes de los tipos de depresión experimentados por las usuarias.

### ***5.2.3.1 Niveles de Depresión según la Edad de las Usuarias***

En la siguiente figura se describe el nivel de depresión y la edad de las usuarias que la manifiestan.

En la figura se puede apreciar que las usuarias de 26 a 35 años experimentan mayor indicativos de depresión en todos sus niveles, siendo predominante la depresión en su nivel grave, en contraste las mujeres de 56 a 65 años son las que menos depresión reflejan al asistir a una atención psicológica.

### Nivel de Depresión y edad



**Figura 3. Niveles de Depresión según edad**

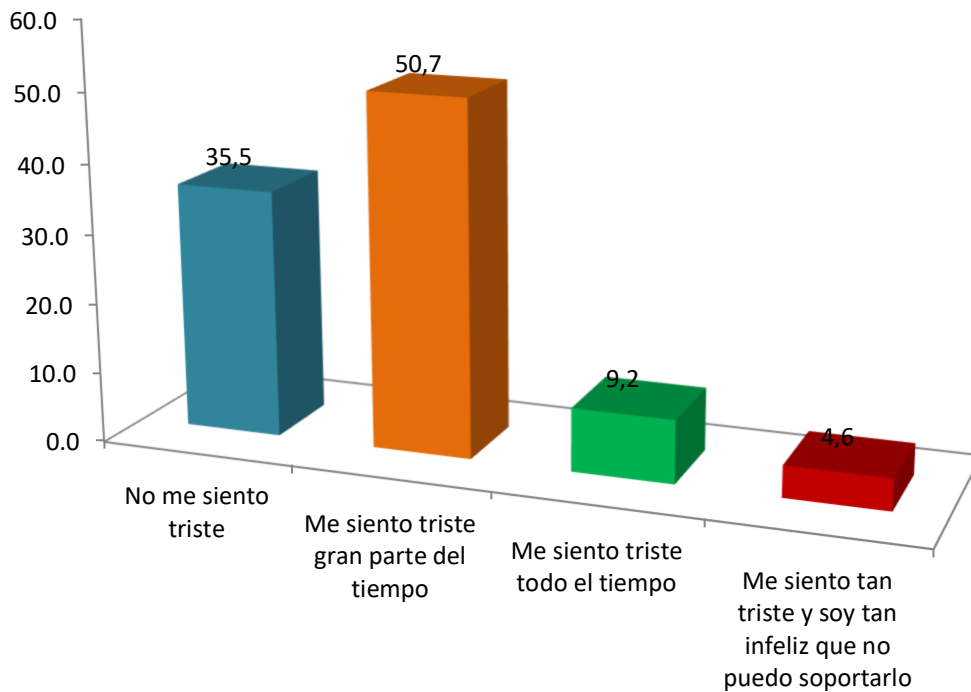
Nota: En esta figura se presentan los niveles de depresión experimentados por las usuarias, según las edades.

#### 5.2.3.2 Indicadores presentados por las usuarias que presentan depresión

##### 1. Tristeza

En la siguiente figura se muestran los porcentajes referentes al indicativo de tristeza, presentado por las usuarias que presentan depresión. Para este análisis se tomó en cuenta el ítem que mide grado de tristeza.

Se puede observar como el 50.7% de las usuarias abordadas se sienten triste gran parte del tiempo, 35.5% no se sienten triste, 9.2% se sienten triste todo el tiempo y el 4.6% se sienten tan tristes que no pueden soportarlo.



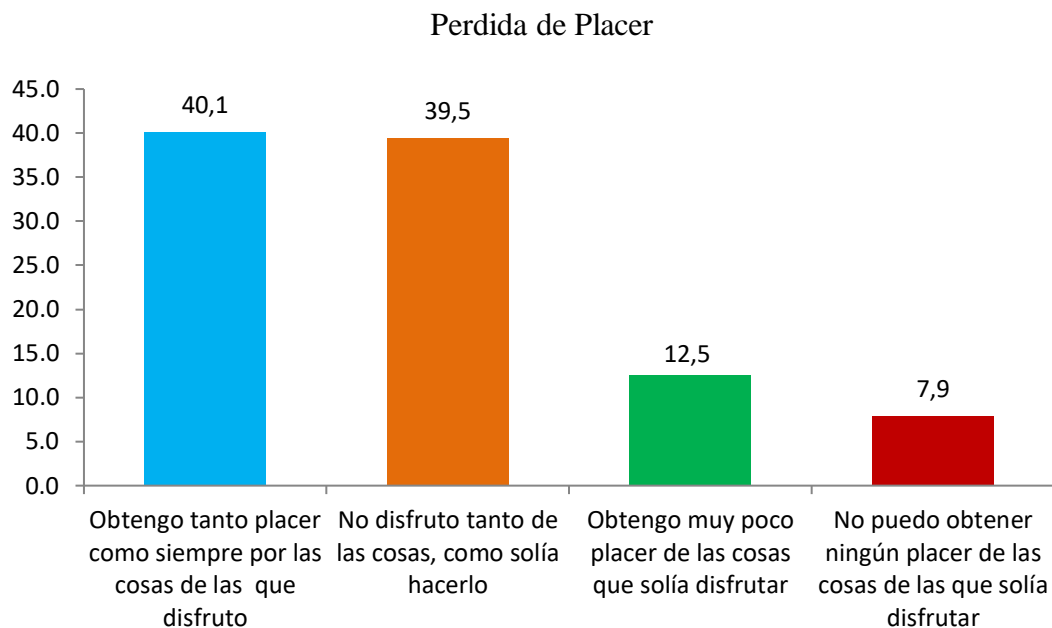
**Figura 4. Porcentaje de Tristeza presentado por las usuarias**

Nota: En esta figura se presentan los porcentajes de tristeza experimentados por las usuarias.

## ***2. Pérdida de Placer***

En la siguiente figura se muestran los porcentajes referentes al indicativo pérdida de placer, presentado por las usuarias que presentan depresión. Para este análisis se tomó en cuenta el ítem que mide grado de placer.

El 40.1% de la usuarias manifestaron obtener placer siempre por las cosas de las que disfrutaban, el 39.5% no disfrutaban tanto de las cosas como solía hacerlo, el 12.5% obtiene poco placer de las cosas que solía disfrutar y el 7.9% no puede obtener ningún placer de las cosas que solía disfrutar.



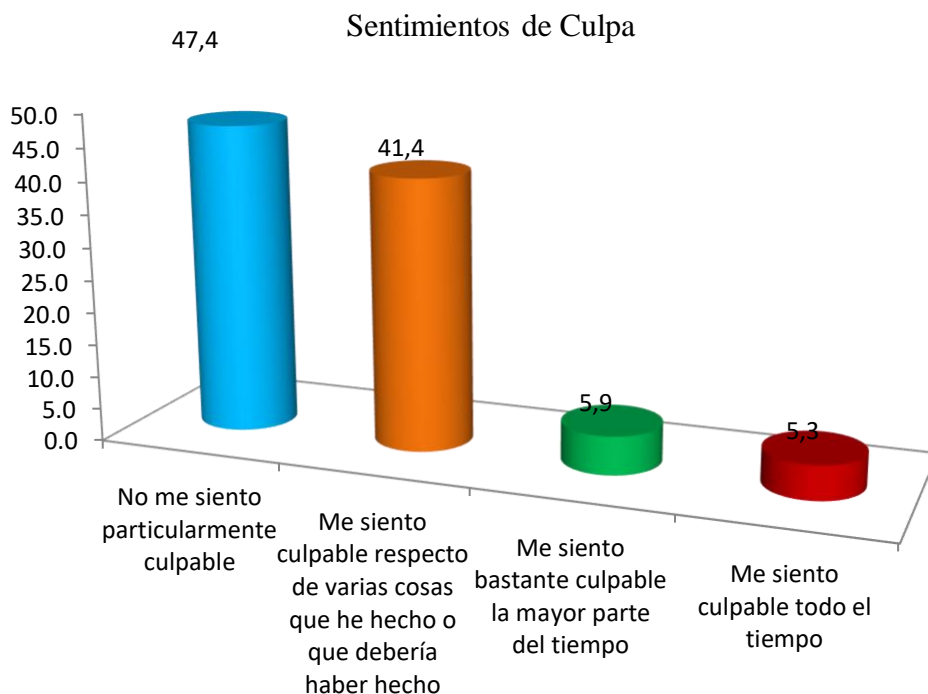
**Figura 5. Pérdida de Placer experimentado por as usuarias**

Nota: En esta figura se presentan los porcentajes de sobre la perdida de placer presentado por las usuarias.

### ***3. Sentimientos de Culpa***

En la figura a continuación se muestran los porcentajes referentes a los indicadores de depresión en relación a sentimientos de culpa presentados por las usuarias sobrevivientes de violencia. Para este análisis se tomó en cuenta el ítem que mide sentimientos de culpa.

El 47.4% de las usuarias manifiesta que no se siente particularmente culpable, el 41.4% se siente culpable respecto a varias cosas que han hecho o que deberían haber hecho, el 5.9% se sienten bastante culpable la mayor parte del tiempo y el 5.3% se sienten culpable todo el tiempo.



**Figura 6. Sentimientos de Culpa presentados por las usuarias abordadas**

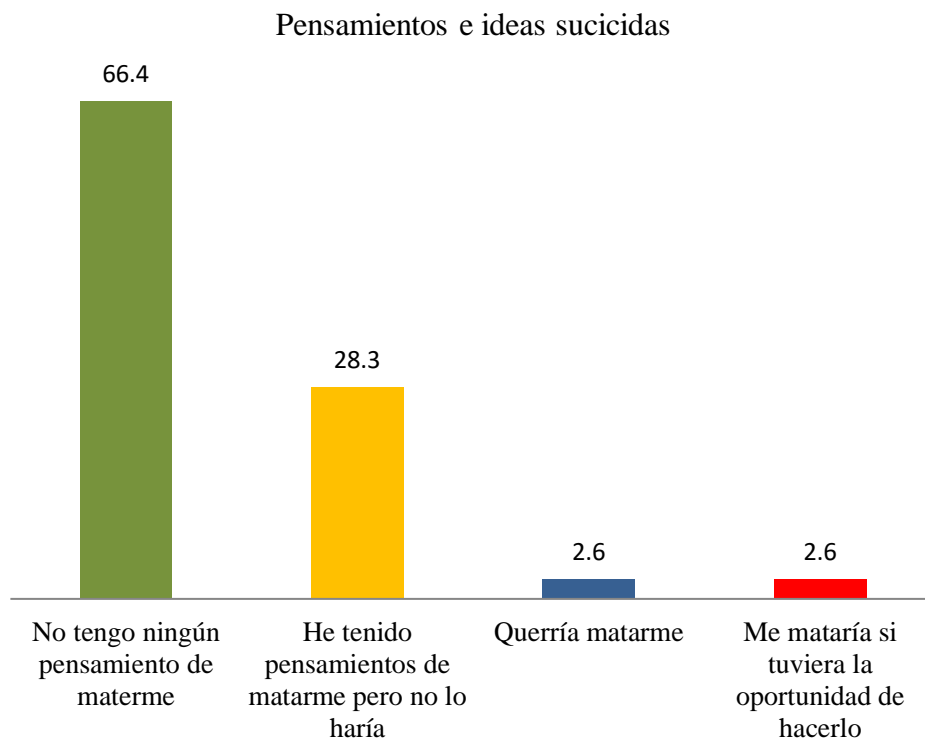
Nota: En esta figura se presentan los porcentajes de los sentimientos de culpa experimentados por las usuarias.

#### ***4. Pensamientos e Ideas Suicidas***

En la figura 7, se muestran los porcentajes referentes a los indicadores de depresión relacionados a pensamientos e ideas suicidas presentados por las usuarias víctimas de violencia. Para sacar los porcentajes de pensamientos suicidas se tomó en cuenta el ítem que mide ese



criterio clínico. El 66% no tienen ningún pensamiento de matarse, el 28% ha tenido pensamientos de matarse pero no lo haría, el 2.6 % querría matarse, y el 2.6 se mataría si tuviera la oportunidad.



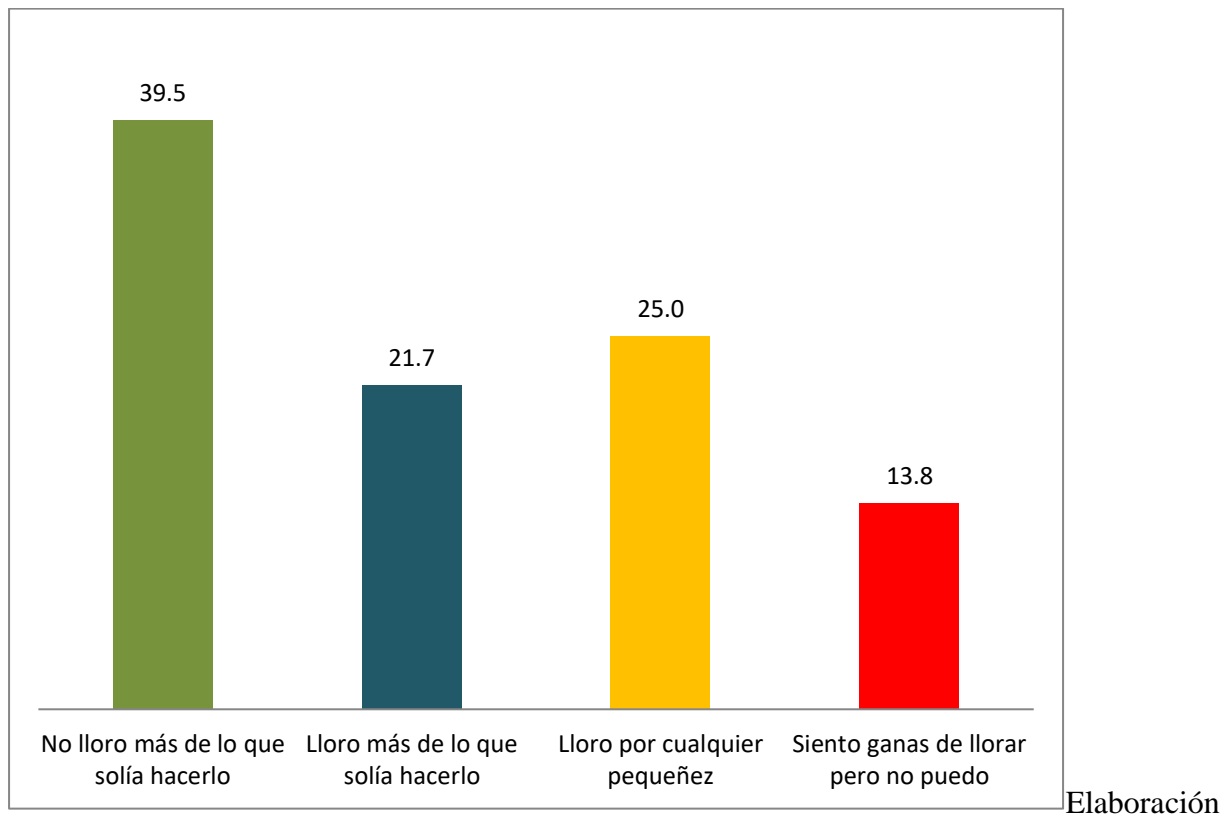
**Figura 7. Porcentaje de usuarias que presentan Pensamientos e Ideas Suicidas**

Nota: En esta figura se presentan los porcentajes de usuarias que presentan ideas y pensamientos suicidas.

### 5. Llanto

En la figura 8, se muestran los porcentajes referentes a los indicadores de depresión relacionados a llanto presentados por las usuarias sobrevivientes de violencia.

El 39% de las usuarias abordadas no llora más de lo que solía hacerlo, el 21.4% llora más de lo que solía hacerlo, el 25% llora por cualquier pequeñez, el 13.8% siente ganas de llorar pero no puede.



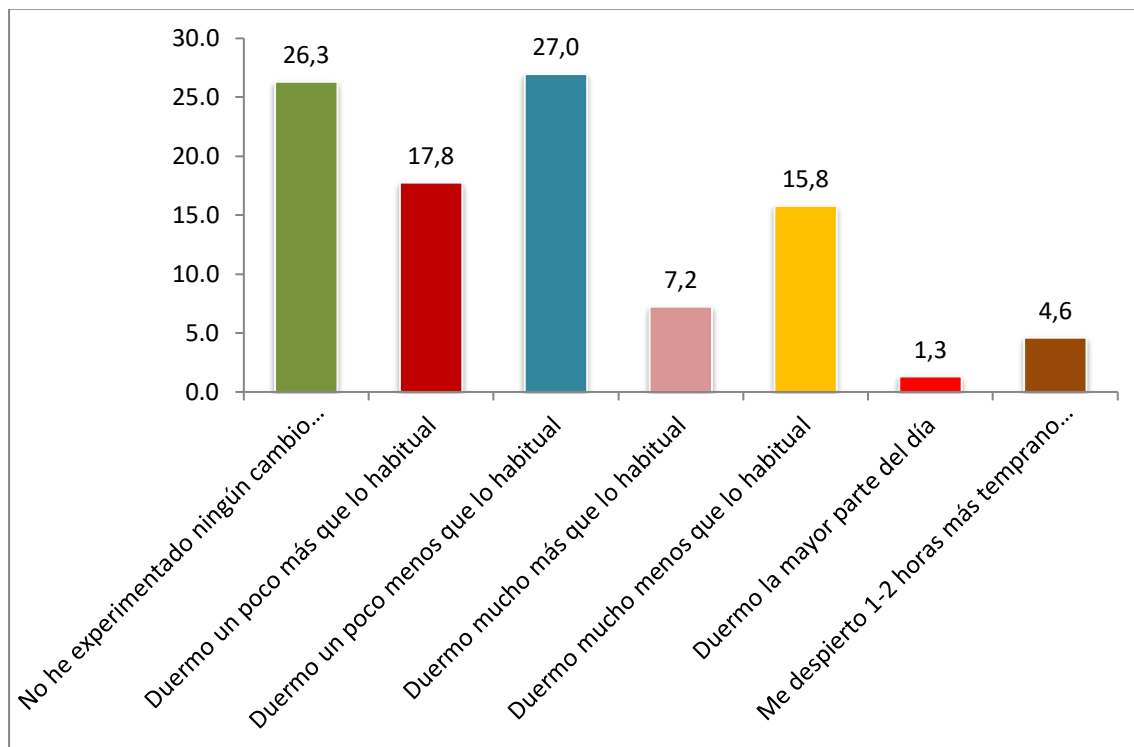
### Figura 8 Porcentajes de usuarias y frecuencia de llanto que presentan

Nota: En esta figura se presentan los porcentajes de las usuarias y la frecuencia de llanto que presentan.

## 6. Cambios en los hábitos del sueño

A continuación en la figura se muestran los porcentajes para el indicativo de depresión, referente a los cambios de hábito en el sueño de las usuarias que experimentan violencia.

Se puede observar 26.3% no han experimentado ningún cambio en los hábitos de sueño, el 27% duermen un poco menos que lo habitual, el 15.8% duerme mucho menos que lo habitual, el 17.8% duerme un poco más que lo habitual, y el 7.2 % que duerme mucho más que lo habitual.



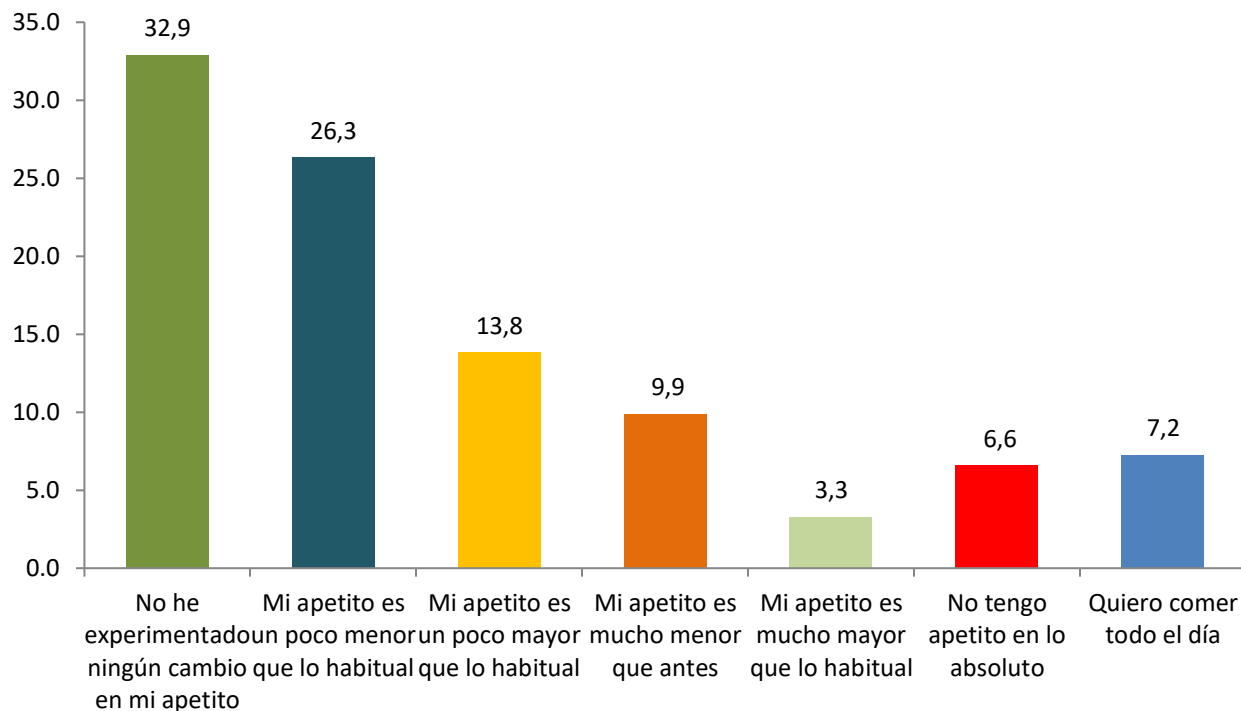
**Figura 9. Porcentaje de usuarias que presentan alteraciones del sueño**

Nota: En esta figura se presentan los porcentajes de las usuarias que presentan alteraciones de sueño.

### ***7. Cambios en el Apetito***

A continuación en la figura se muestran los porcentajes para el indicativo de depresión, referente a los cambios en el apetito de las usuarias que experimentan violencia

El 32.9% de las usuarias no ha experimentado cambios en el apetito, el 26.3% el apetito es menor que lo habitual, el 13.8% el apetito es mayor que lo habitual, el 9.9% el apetito es mucho menor que antes, el 6.6% no tiene apetito en lo absoluto, el 7.2% quiere comer todo el día.



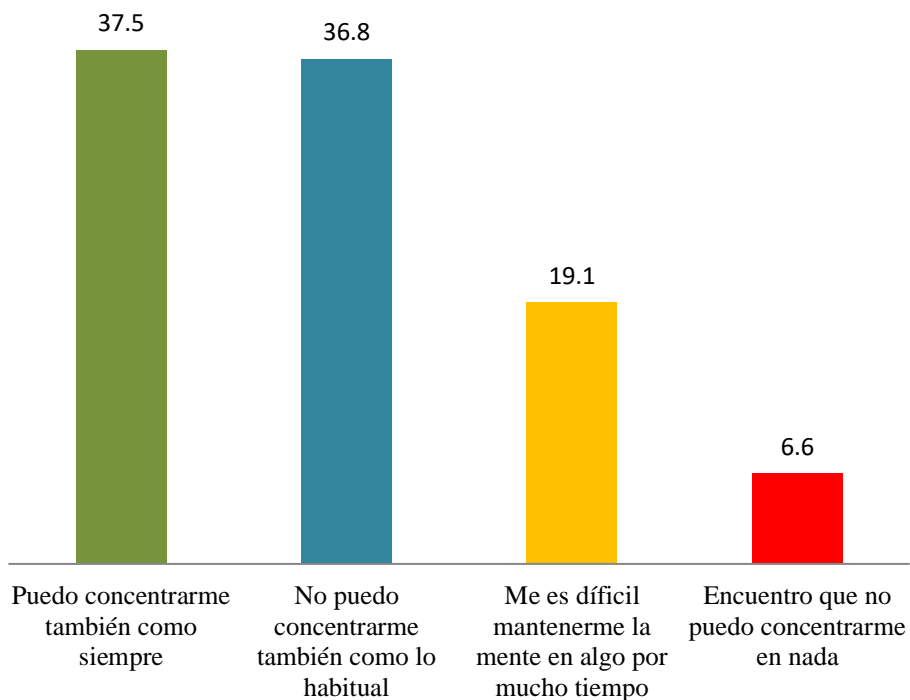
**Figura 10. Cambios en el Apetito de las usuarias abordadas**

Nota: En esta figura se presentan los porcentajes de usuarias y el apetito.

## 8. Concentración

En la figura a continuación se muestran los porcentajes referentes a los indicadores de depresión relacionados a la concentración, presentados por las usuarias víctimas de violencia.

El 37% de las usuarias manifestó poder concentrarse también como siempre, el 36.8% manifestó no poder concentrarse también como lo habitual, el 19.1 % se le es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo, y el 6.6 % no puede concentrarse en nada.



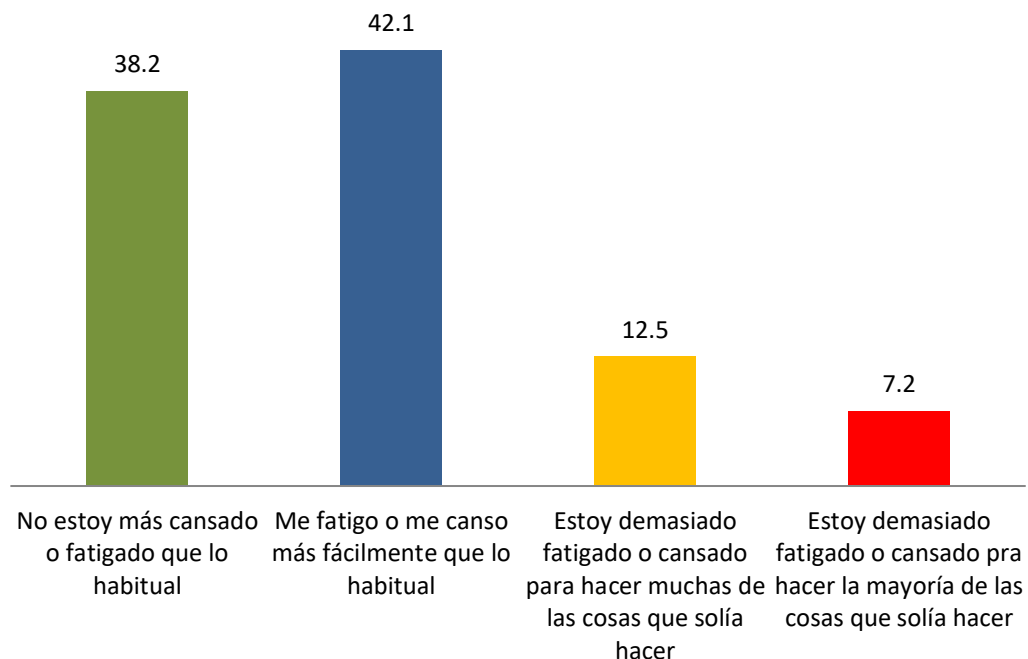
**Figura 11. Concentración de las usuarias que han experimentado violencia**

Nota: En esta figura se presentan los porcentajes de usuarias y la concentración.

### ***9. Cansancio o Fatiga***

En la figura a continuación se muestran los porcentajes referentes a los indicadores de depresión relacionados al cansancio o fatiga, presentados por las usuarias víctimas de violencia.

El 38.2 % de las usuarias no están más cansadas o fatigadas que lo habitual, el 42.1% se fatigan o se cansan más fácilmente que lo habitual, el 12.5% están demasiado cansadas o fatigadas para hacer muchas de las cosas que solían hacer.



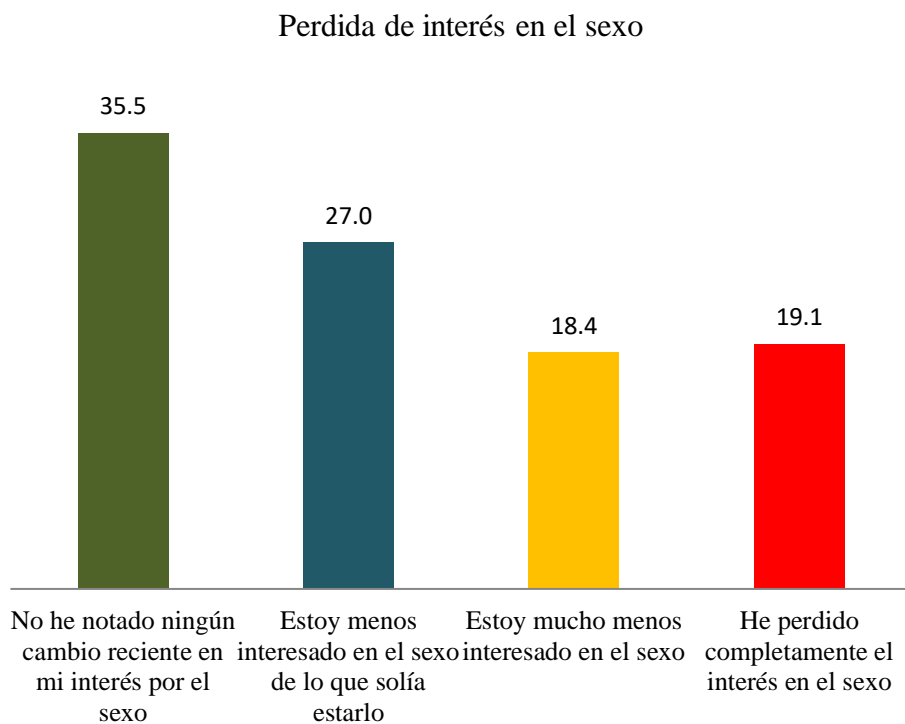
**Figura 12. Porcentaje de usuarias que no presentan y que presentan cansancio y fatiga**

Nota: En esta figura se presentan los porcentajes de las usuarias que no presentan cansancio y fatiga y los porcentajes de usuarias que presentan.

### ***10. Pérdida de Interés en el Sexo***

En la figura siguiente se muestran los porcentajes que indican la pérdida de interés en el sexo, que presentan las usuarias abordadas, víctimas de violencia.

Se observan que el 35.5% de las usuarias no han notado ningún cambio en el interés por el sexo, el 27% están menos interesadas en el sexo de lo que solían estarlo, el 18.4 % están mucho menos enteradas en el sexo, y el 19% han perdido completamente el interés en el sexo.



**Figura 13. Pérdida de Interés Sexual de las usuarias abordadas**

Nota: En esta figura se presentan los porcentajes de las usuarias que presentan pérdida de interés sexual.

#### **4. Relación entre Violencia, Depresión y Salud General**

##### ***4.1 Violencia y Depresión***

Se analizaron las variables violencia total y depresión total, a través de la prueba correlación de Pearson, dando como resultado una correlación baja  $r=0.019$ , no hay relación entre violencia y depresión.

La relación es baja, pero no causal, la violencia experimentada por las usuarias no necesariamente les va generar una depresión.´, pero pude incidir en ella debido a las características que presentan las usuarias.

Tabla 23

*Correlación entre Violencia Total y Depresión*

|                             |                        | <b>Correlaciones</b> |                                   |
|-----------------------------|------------------------|----------------------|-----------------------------------|
|                             |                        | Violencia<br>Total   | Escala de<br>Depresión de<br>Beck |
| Violencia Total             | Correlación de Pearson | 1                    | ,019                              |
|                             | Sig. (bilateral)       |                      | ,812                              |
|                             | N                      | 152                  | 152                               |
| Escala de Depresión de Beck | Correlación de Pearson | ,019                 | 1                                 |
|                             | Sig. (bilateral)       | ,812                 |                                   |
|                             | N                      | 152                  | 152                               |

*Nota:* En esta tabla se presenta la correlación entre violencia total y depresión.

#### **4.2 Violencia y Salud General**

Se analizaron las variables Violencia total, y Salud General Total, usando la prueba de correlación de Pearson, dando como resultado una correlación negativa estadísticamente no significativa.



Tabla 25

*Correlación entre la Violencia Salud General*

| <b>Correlaciones</b>    |                        |                    |                            |
|-------------------------|------------------------|--------------------|----------------------------|
|                         |                        | Violencia<br>Total | Escala de<br>Salud General |
| Violencia Total         | Correlación de Pearson | 1                  | -,108                      |
|                         | Sig. (bilateral)       |                    | ,186                       |
|                         | N                      | 152                | 152                        |
| Escala de Salud General | Correlación de Pearson | -,108              | 1                          |
|                         | Sig. (bilateral)       | ,186               |                            |
|                         | N                      | 152                | 152                        |

*Nota:* En esta tabla se muestra una correlación negativa que no es estadísticamente significativa.

## 5. Triangulación de datos

Una vez analizado los datos obtenidos mediante las diferentes técnicas e instrumentos empleados en nuestra investigación, y los resultados alcanzados mediante la realización de entrevistas a expertos en el tema de violencia, depresión y salud en general, y las escalas y cuestionarios llenados por las usuarias que han experimentado violencia, se procede a realizar una triangulación de datos.

Tabla 26

*Triangulación de resultados de análisis de datos cualitativos y cuantitativos*

| <b>CUAL</b>   | <b>CUAN</b>  |
|---|--|
| Según el análisis de la información brindada por los profesionales expertos, las usuarias llegan por violencia física, pero ya han experimentado todo tipo de violencia, al momento de ser entrevistadas. | Según resultados de análisis de los datos estadísticos, el 34.9% de las usuarias han experimentado violencia en un nivel leve, el 44.7% lo han experimentado en un nivel moderado, y un 20.4% en nivel severo. |
| Según opinión de expertos, algunas de las usuarias al llegar al centro ya tienen un diagnóstico a raíz de experimentar violencia, y vuelven a caer en problemas de salud emocional y mental.              | Hay una correlación negativa entre violencia y salud en general, significando que las usuarias se ven afectadas en su salud debido a los eventos violentos experimentados.                                     |
| Según expertos entre las problemáticas en salud mental que tienen las usuarias que visitan el módulo son ansiedad, y depresión.   | Según análisis estadísticos de los datos, el 60% de las usuarias abordadas, tienen depresión, en sus distintos niveles.  |

## 6. Discusión

En este estudio mixto se analizan los datos obtenidos desde lo cualitativo y cuantitativo, haciendo una triangulación de los mismos, para alcanzar mayor validez de la temática abordada.

De acuerdo con los resultados obtenidos, todas las usuarias han experimentado cada uno de los tipos de violencia medidos; psicológica, física, patrimonial, social, sexual, y de género, Esto está relacionado con la Teoría del Aprendizaje Social, que expresa que detrás de cualquier acción violenta hay un desprecio tal que la persona agredida es para el agresor una “cosa” sin valor, sin sentimientos. La cabeza del agresor está llena de razones que legitiman su actuación (Olmos, 2015).

Explicándolo según como lo exponen algunos autores la violencia es un ciclo que implica una repetición constante, tal como lo plantea Morales (2014), según el autor es importante cortar con este ciclo de violencia, ya que son conductas repetitivas que llevan a experiencias displacenteras, considerando que los fenómenos de repetición no pueden reducirse a la búsqueda de una satisfacción por impulso o a una simple tentativa de dominar las experiencias no placenteras.

2. En relación a la violencia física la mayoría ha experimentado violencia física leve, esta razón la explican los expertos, que cuando la mujer es gravemente golpeada llega a los centros de atención primaria y posteriormente se remite a un servicio psicológico, en ocasiones se le pone fin al abuso del agresor, no así cuando es levemente golpeada porque continua con el círculo de violencia. Según los expertos entrevistados *“Empieza con violencia física y si está no es parada o se le da un alto puede transmutarse o pasar al proceso de la violencia psicológica”*

*“Por lo general llegan usuarias en crisis, golpeadas llegan también entonces en esa parte más que todo las usuarias que llegan al módulo es por crisis o golpes que han tenido un día anterior o que todavía está dentro de las veinticuatro horas”.*

Las lesiones físicas, son la consecuencia más visible de la violencia de género, pero no la única. Dolores y problemas crónicos de salud pueden deberse a las lesiones, el miedo y el estrés provocados por el maltrato (Alcaraz, 2019).

3. En relación a la Violencia Psicológica, en este estudio la mayoría de las usuarias presentan violencia psicológica moderada esto se explica según los expertos que hay mujeres que por años sufren violencia psicológica pero se dan cuenta hasta el momento que se presentan al centro por otras razones.

Es decir, la víctima convive constantemente con el agresor y busca una coherencia cognitiva para el mantenimiento de su relación con el agresor (Alcaraz, 2019). Por lo que la mujer en experiencias de abuso, considera que es normal la conducta de este, y lo atribuye a normas culturales; tal como lo expresa Durkheim citado por (Pita, 2014) quien acepta la subordinación de las mujeres por razones de cohesión social, ya que considera que su identidad y su situación social están en gran medida determina por su capacidad reproductiva y el cuidado de los niños.

4. Según los resultados obtenidos en este estudio en relación a la violencia sexual todas las usuarias la han experimentado; la mayoría en niveles por igual leve y moderado, según la explicación de los expertos: La propia víctima a menudo considera que es culpable de haber “provocado” al agresor o “habérselo buscado”, una distorsión de la realidad en la que normaliza el castigo físico, psicológico o sexual (Alcaraz, 2019).

5. Según los resultados, todas las usuarias abordadas han sufrido de violencia social, la mayoría en un nivel moderado, relacionado a algunas opiniones de autores como : Jiménez (2012) quien expresa que la violencia basada en las relaciones de subordinación que viven las mujeres ocurre tanto en el ámbito público como en el privado, esto es, en el lugar de trabajo, en los centros de salud, en los centros educativos, en el espacio de la comunidad en general, en la relación de pareja y en las relaciones intrafamiliares, así mismo según opinión de expertos entrevistados para este estudio quienes afirman que *“Hay que incluir la violencia social especialmente durante esta realidad que estamos viviendo que se ha visto más evidenciada, el aumento en agresividad de la sociedad como tal”*.

6. En cuanto a los resultados obtenidos, todas las usuarias abordadas presentan violencia patrimonial. La mayoría de las visitantes al Módulo de Atención y Protección a los Derechos de la Mujer, lo hacen por mandato de un juez, o en algunos casos por conocer el proceso de una demanda de alimentos, así lo expresan los expertos entrevistados *“ella llega y dice yo vengo porque quiero asesoría legal porque el papá de los niños no me da la pensión, entonces estamos hablando allí de un incumplimiento porque sí tiene que dar pensión, pero hay una violencia doméstica pero ella va por la situación de los hijos”*, *“Hay usuarias que no llegan por asistencia psicológica sino por asesoría legal por poner una demanda de alimentos, un divorcio; recordemos que una demanda de alimentos es una persona preocupada estresada”*.

7. En cuanto a los resultados sobre Salud General y Violencia, hay una correlación negativa, que implica que a mayor violencia menor Salud General, este resultado concuerda con lo expresado por Andreani (1998), en lo que representa diversidad de roles, los cuales crea condiciones de

riesgo para la salud mental, entre otras cosas por la frustración y rutinización que produce, porque ubica a las mujeres en un lugar desjerarquizado, todo ello ha contribuido a la conformación de una subjetividad femenina, donde están presentes la autodesvaloración, la represión de los impulsos activos fuera del campo de la vida privada, la dependencia, la autoculpabilización y al represión de la ira, lo cual afecta y condiciona los modos de enfermar de las mujeres.

Según la Teoría del Delito, y su autor Francisco Ponce (2019) ser víctima de violencia de género es un factor de riesgo muy importante para la salud, pudiendo incrementar hasta en un 60% las enfermedades de carácter físico que llegan a sufrir.

8. En cuanto a las características que presentan las usuarias abordadas referente a la Salud General, un alto porcentaje de ellas manifestó presentar problemas de concentración, pérdida de sueño por preocupación, agobio y tensión, menos disfrute en las actividades cotidianas, infelicidad y depresión, la mayoría siente que le cuesta más superar las dificultades; estos resultados concuerdan con autor Francisco Ponce (2019) Los Trastornos depresivos, muy presentes cuando se trata a una víctima que ya ha pasado el maltrato, miedo, estrés, conmoción psíquica aguda, ansiedad y desorientación, están desmotivadas y tienen una profunda ausencia de esperanza.

También se puede relacionar con lo expresado por los expertos en relación al estado de las usuarias al llegar por atención psicológica *“Ella durante la entrevista la narrativa que ella hace, yo tengo miedo porque yo estoy aquí y no se tengo miedo regresar ando con mis hijos. Son diferentes manifestaciones, ellas se manifiestan enojadas, tristes incluso algunas aparentan estar alegres, una alegría ficticia”*

*“Algunas vuelven a caer en el problema de salud emocional y mental y es allí donde las volvemos a remitir al centro donde corresponde”.*

9. En relación a las usuarias que presentaron depresión son el 61% de la muestra intervenida, aunque la correlación entre violencia y depresión sea baja, y no exista una relación de causalidad, es un porcentaje alto el que presenta la problemática, esto se puede comprender de forma amplia con lo expresado por los expertos *“Pero si hay un porcentaje equis que están pasando por el problema de la depresión que aún no se les ha diagnosticado que no se les puede decir valga la redundancia que es depresiva no porque ella puede salir de la depresión se remite al especialista porque de repente necesita medicamento para bajar la ansiedad bajar la depresión.*

También este apartado se puede explicar con claridad desde la Teoría de Género, “La autodesvaloración, la represión de los impulsos activos fuera del campo de la vida privada, la dependencia, la autoculpabilización y al represión de la ira, lo cual afecta y condiciona los modos de enfermar de las mujeres. Estos elementos referidos específicamente al malestar que se considera paradigmático de sufrimiento psíquico de las mujeres en la actualidad: la depresión (Andreani, 1998).

10. En el apartado relacionado a la depresión y la edad en la que se dan los mayores porcentajes de depresión se encuentra entre los 15 y 45 años de edad, en este resultado se pueden dar varios fenómenos, el primero; que las usuarias de mayor edad hayan normalizado las experiencias de violencia, y el otro fenómeno que las mujeres jóvenes tengan mayor acceso a medios de comunicación en donde se informan y brindan instituciones que ofrecen ayuda a sobrevivientes y conocen los mecanismos de denuncia.

Según la teoría del Delito, se va creyendo como real algo que no lo es porque en la base está normalizado, justificando la violencia. El discurso de las víctimas de violencia doméstica muestra que su internalización de los modelos cognitivos de la superioridad masculina les impide percibirse a sí mismas como víctimas y las hace vulnerables a las distorsiones cognitivas relativas a sus roles sociales y a su relación con los hombres (Alcaraz, 2019).

Los expertos entrevistados hacen mención de que: *“Haber vivido tantos años en violencia lo ven normal, porque se acostumbraron a que las estén humillando, les digan que no valen como mujer que no son nada”*. Esto explica el primer fenómeno y el segundo fenómeno se relaciona con una investigación realizada por Sánchez, Sánchez, & Ropaín, (2015), en donde cita estadísticas publicadas por el Observatorio de la Violencia, un total de cuarenta y ocho de cada cien mujeres agredidas y evaluadas en clínicas forenses entre 2007 y 2012- tenía entre 20 y 29 años; y treinta de cada cien, entre 15 a 19 o entre 30 a 34 años. Es decir, casi el 80% de las residentes en la capital que fueron agredidas en sus hogares, tiene de 15 a 39 años de edad.

En una investigación realizada en Costa Rica, son las mujeres jóvenes en edad principales víctimas atendidas, entre las edades de 15 y 44 años la violación y violencia doméstica e identifican como los principales costos y consecuencias los siguientes: Lesiones inmediatas como fracturas y hemorragias, así como enfermedades físicas de larga duración, enfermedades mentales como depresión (Piedra Duran , 2017).

11. En relación a los indicadores emocionales que se encuentran presentes en las usuarias que han experimentado violencia encontramos, tristeza siendo la mayoría de las usuarias entrevistadas quienes se sienten tristes la mayor parte del tiempo, la mayoría se sienten culpables, pensamiento e ideación suicida aunque en menor escala pero se trata no de estadísticas sino de lo valioso que



representa la vida de cada ser humano, cambios en el sueño, cambios en el apetito, falta de concentración, cansancio y fatiga, pérdida de interés sexual, estos resultados encontrados concuerdan con lo descrito por MINSAL, (2013), quien expresa que la depresión es un trastorno de humor y del estado de ánimo se manifiesta a partir de una serie de síntomas que incluyen cambios de humor, irritabilidad, falta de entusiasmo, y una sensación de congoja o agotamiento.

También se relaciona con lo expresado por La Organización Mundial de la Salud (2017) los trastornos depresivos se caracterizan por un sentimiento de tristeza, pérdida de interés o de placer, sentimientos de culpa o autoestima baja, alteraciones del sueño o del apetito, fatiga y falta de concentración. La depresión puede ser duradera o recurrente, de modo que deteriora sustancialmente la capacidad de la persona de desempeñar su trabajo o rendir en sus estudios, o de hacer frente a su vida cotidiana. En su forma más severa, la depresión puede conducir al suicidio.

## 7. Conclusión

1. Aunque la correlación sea baja entre la violencia y la depresión, la mayoría de las usuarias presentan depresión, y no se le puede restar importancia a la sintomatología clínica que están experimentando.
2. La Salud General se ve afectada en las usuarias que han experimentado violencia, esto está basado en la correlación negativa entre violencia y salud general; que no es estadísticamente significativa pero que a mayor violencia menor salud general de las usuarias.
3. La violencia ha sido normalizada, esta se ve claramente en usuarias en edades de 46 a 65 años, sin embargo las mujeres jóvenes presentan depresión en un mayor porcentaje, esto se debe a que las usuarias mayores han percibido la violencia como una forma de apegarse a la autoridad masculina en una sociedad punitiva, en cambio las usuarias jóvenes tienen conocimiento de los derechos que le asisten y generalmente llegan a intervención por mandato judicial.

## 8. Recomendaciones

1. Trabajar en la prevención de la violencia con la formación al personal docente y administrativo del área educativa para fortalecer la familia a través de capacitaciones en los niveles educativos primario y secundario.
2. Actualizar políticas de desarrollo en las comunidades que incluyan a las familias y que tengan propuestas que sean creativas dirigidas a los jóvenes para lograr un trabajo integral y efectivo.
3. Que se le brinde participación activa a los profesionales que estén aptos para ejercer el trabajo con poblaciones vulnerables y así se puedan generar los resultados pertinentes a minimizar la violencia.
4. Que se le brinde la importancia que requiere la salud mental a nivel de población en general, no solo para el uso exclusivo de la mujer, en este caso se le brinde también al hombre con problemas de agresividad la opción de poder tratar su problema psicológico de forma adecuada y gratuita ya que es un derecho humano, tal como lo expresa Perrone y Nanini (1995), citado por Alencar Rodriguez & Cantera, (2012) de ahí que se deba conocer la lógica de pensamiento y de conducta del agresor y de la víctima para promover un cambio en su sistema de creencias, pues una vez hayan modificado su visión del mundo, podrán cambiar su conducta en relación con la otra persona.
5. Crear un centro para poder realizar intervenciones de forma integral a familias que están en situaciones de violencia, ya que al no brindar este servicio de manera global a toda la población se dejan las bases para que el círculo de violencia continúe y se está tratando el síntoma pero no la problemática.

6. Revisando las penas establecidas en el Nuevo Código Penal, y la Ley de Violencia intrafamiliar, se puede ver expresado que las penas son mínimas para los agresores, por lo que es necesario lograr una prevención general a partir de la intensificación de las mismas.
7. Es necesario que se implementen programas a reducir la brecha de desempleo para la mujer y población en general ya que es uno de los factores que generan pobreza, y esta a su vez incide directamente en la falta de independencia económica de la mujer y fomentan la sumisión y exposición a todos los tipos de violencia.
8. Formar profesionales de la psicología, y otras carreras a fin, con orientación en derechos humanos, derechos de la mujer, con enfoque de género; para así brindar de manera eficiente la comprensión, manejo e intervención primaria y secundaria a poblaciones vulnerables en la temática.

## **9. Limitaciones del estudio**

Las limitaciones que se presentaron en este estudio fueron en relación a la investigación, más que al investigador, una de las principales limitantes fue que; en el tiempo que se aplicaron los instrumentos para el análisis cuantitativo, la afluencia de usuarias era reducida, por la implementación de protocolos, normas de bioseguridad por parte del Centro MAPRODEM, y por parte de las usuarias.

Otra de las limitantes fue que aunque las usuarias tuvieran la disponibilidad de participar, no lo hicieron por temor, ya que algunas de ellas son remitidas del Juzgado especial contra la violencia doméstica, porque iniciaron un proceso de denuncia.

## **10. Futuras investigaciones**

Esta investigación abre el camino para futuras investigaciones. La problemática de violencia de género en el ámbito legal, sigue procesos que generan alteraciones emocionales en las víctimas desde el momento de la denuncia, en esa fase es donde experimentan mayor problemática psicológica. Por tanto los estudios de estrés y ansiedad en el proceso de denuncia y procedimiento legal, sería una investigación que puede generar algunos datos importantes para darle respuesta a este fenómeno social.

Surge la importancia de estudiar los niveles de agresividad en hombres denunciados por violencia, y que trastornos mentales prevalecen en estas conductas destructivas.

## Bibliografía

- Beck, A. T., Steer, R., & Brown, G. (2009). *Inventario de Depresión de Beck*. (S. Vizzini, Editor, & Editorial Paidós SNCF) Retrieved 2019, from <http://www.bibliopsi.org/>:  
<http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFG/psicometricas/mikulic/BECK%20-%20BDI-II%20Manual.pdf>
- Abramson, L. Y. (1997). Teoría de la Depresión por Desesperanza. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2(3), 211-222.
- Acevedo, D. (2012). Violencia Laboral Género y Salud. *Redalyc. org*, 20(2), 167-177.
- ACV. (n.d.). *Asociación Calidad de Vida*. Retrieved febrero 17, 2022, from <https://www.asociacioncalidaddevida.com/>
- AECID. (2019). *Genero y Derechos Humanos de Las Mujeres*. Retrieved 2020, from [http://www.poderjudicial.gob.hn/institucional/organizacion/dependencias/unidad\\_genero/Documents/GuiaMetodologicaCursoDeGeneroyDDHDeLasMujeres.pdf](http://www.poderjudicial.gob.hn/institucional/organizacion/dependencias/unidad_genero/Documents/GuiaMetodologicaCursoDeGeneroyDDHDeLasMujeres.pdf)
- Aguado, L. A. (2014). *Cultura, Familia y Violencia de Género*. Retrieved from <https://core.ac.uk/download/pdf/61444574.pdf>
- Alcaraz, F. J. (2019). Perspectiva criminológica sobre violencia de género. *Revista Hispanoamericana de Historia de Ideas*(43), 104-121.
- Alencar Rodriguez, R., & Cantera, L. (2012, marzo). Violencia de Género en la Pareja una Revisión Teórica. (U. d. España, Ed.) *PSICO*, 43(1), 116-126.
- Alencar Rodriguez, R., & Cantera, L. (2012, junio). Violencia de Genero en la Pareja: Una Revisión Bibliográfica. 43(1), 117-126.
- Alonso, I. Z. (2011). *Depresión*. Retrieved from [http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo\\_files/depresion-cuba.pdf](http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/depresion-cuba.pdf)
- Alvaréz, M. S. (2013). Características de Personalidad y Vulnerabilidad a la Victimización Sexual. *IPSE*, 6, 9-18.
- Andreani, F. (1998). Mujer, Cultura y Malestar Psíquico. *Revista Venezolana de Análisis de Coyuntura*, 4(2), 189-206.
- Avendaño, O. L. (2004, julio). La Agresividad Humana. *Actualidades Investigativas en Educación*, 4(2), 2-14.

- Bermeo Álvarez, J., Caidas Ochoa, J., & Astudillo Nauta, J. (2014, septiembre). Construcción de una Escala de Violencia Intrafamiliar. (E. Universidad de Cuenca, Ed.) *Facultad de Ciencias Médicas de Cuenca*, 32(2), 30-39.
- BID. (2018, mayo 10). Protocolo de Funcionamiento del Módulo de Atención a la Violencia contra las mujeres. Tegucigalpa, Francisco Morazán, Honduras.
- Bobadilla, B. d. (2013). *Protocolo de Atención Integral a Víctimas de violencia contra la Mujer en Supuestos de Violencia Doméstica y de Violencia Intrafamiliar*. Retrieved from [http://sia.eurosocial-ii.eu/files/docs/1396265477-Protocolo\\_Honduras\\_Atencion\\_integral\\_violencia\\_mujer.pdf](http://sia.eurosocial-ii.eu/files/docs/1396265477-Protocolo_Honduras_Atencion_integral_violencia_mujer.pdf)
- Bot, S., Guedes, A., Goodwin, M., & Adamas Mendoza, J. (2012). Violencia Contra las Mujeres. *Organización Mundial de la Salud*, [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=violencia-5197&alias=24353-violencia-contra-mujeres-america-latina-caribe-analisis-comparativo-datos-poblacionales-12-paises-353&Itemid=270&lang=en](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=violencia-5197&alias=24353-violencia-contra-mujeres-america-latina-caribe-analisis-comparativo-datos-poblacionales-12-paises-353&Itemid=270&lang=en).
- Calderón, P. C. (2009). Teoría de Conflictos de Johan Galtung. *Paz y Conflicto*, 2, 7-10.
- Camarero, S. P. (2019). *La Violencia de Género en los Jóvenes*. Retrieved from [http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/07/estudio\\_violencia\\_web\\_injuve.pdf](http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/07/estudio_violencia_web_injuve.pdf)
- Cantón Cortés, D., & Cortés, M. R. (2015). Consecuencias del Abuso Sexual Infantil: Una Revisión de las Variables Intervenientes. *Anales de Psicología*, 31(2).
- Capapé, M. G. (2014). *La Violencia Contra las Mujeres como Factor de Empobrecimiento*. Retrieved from [http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/108759/TFM\\_2013\\_guerreroM.pdf?sequence=1](http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/108759/TFM_2013_guerreroM.pdf?sequence=1)
- CARE. (2020). *Análisis Rápido de Género en Honduras*. Retrieved from [http://care.org.hn/wp-content/uploads/2021/02/ANALISIS-RAPIDO-DE-GENERO-ARG-Un-Panorama-frente-a-Covid19-Eta-Iota-CARE-Y-ONU-MUJERES\\_compressed.pdf](http://care.org.hn/wp-content/uploads/2021/02/ANALISIS-RAPIDO-DE-GENERO-ARG-Un-Panorama-frente-a-Covid19-Eta-Iota-CARE-Y-ONU-MUJERES_compressed.pdf)
- CARE. (2020). *Análisis Rápido de Género en Honduras: Un Panorama ante COVID-19 Y Eta y Lota*. Retrieved from [http://care.org.hn/wp-content/uploads/2021/02/ANALISIS-RAPIDO-DE-GENERO-ARG-Un-Panorama-frente-a-Covid19-Eta-Iota-CARE-Y-ONU-MUJERES\\_compressed.pdf](http://care.org.hn/wp-content/uploads/2021/02/ANALISIS-RAPIDO-DE-GENERO-ARG-Un-Panorama-frente-a-Covid19-Eta-Iota-CARE-Y-ONU-MUJERES_compressed.pdf)
- Casas, J. L. (2020). Consecuencias psicológicas en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Educa UMCH. Revista sobre Educación y Sociedad*, 15(1), 5-22.



- CDM. (2004). *Manual para Jueces Aplicación de la Ley contra la Violencia Doméstica*. Poder Judicial, Francisco Morazán. Tegucigalpa: Centro de Derechos de la Mujer.
- CDM. (2018). Violencia Sexual en Honduras. *Observatorio de Derechos Humanos de la Mujer*, 4-16.
- CEDIJ. (2019). *Ingresos, Resoluciones por Tipo y Género Ingresos por tipo de genero*. Retrieved 2021, from <https://www.poderjudicial.gob.hn/>:  
<https://www.poderjudicial.gob.hn/transparencia/planeacion/informes/Documents/Bolet%C3%ADn%202019.pdf>
- Cloninger, S. C. (2003). *Teorías de la personalidad* (Tercera edición ed.). pag. 313-314, México: Pearson.
- CM. (2019, mayo 31). Datos Estadísticos de Depresión por Violencia de Género. Tegucigalpa, M.D.C, Honduras, <http://derechosdelamujer.org/wp-content/uploads/2019/11/boleti%C3%ACn-occidente-WEB.pdf>.
- Colindres, J. (2017). *Protocolo de Atención MAIE*. Tegucigalpa : Ministerio Publico .
- Dabah, J. J. (2002). La Depresión desde la Perspectiva Cognitivo Conductual. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual* , 1-5.
- DSM-5. (2013). *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. España: Editorial Médica Panamericana.
- Duarte, M. H., & Villaseñor, E. P. (2004). *Aproximación a los factores de riesgo del suicidio*. Tegucigalpa: IUDPAS,  
<https://tzibalnaah.unah.edu.hn/xmlui/bitstream/handle/123456789/153/LB-00009.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Fresco , P. M., Arrom, C., Arrom Suhurt , C., Arrom, M., & Capurro , M. (2018). Violencia y Síntomas Depresivos en Estudiantes de Psicología. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud*, 16(1), 39-44.
- Fresco, M. d. (2018). *Violencia y Síntomas Depresivos en Estudiantes de Psicología*. Paraguay: CEDIC, <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v16n1/1812-9528-iics-16-01-39.pdf>
- Fresco, M. D., Arrom, C., Arrom Suhurt, C. M., Arrom, M. A., & Capurro, M. (2018). Violencia y Síntomas Depresivos. *Salud*, 16(1), 39-44.
- Gaceta, L. (2016, Mayo 3). *La GACETA*. Retrieved Febrero 17, 2022, from [https://portalunico.iaip.gob.hn/portal/ver\\_documento.php?uid=MTgzMjQwODkzNDc2MzQ4NzEyNDYxOTg3MjM0Mg==](https://portalunico.iaip.gob.hn/portal/ver_documento.php?uid=MTgzMjQwODkzNDc2MzQ4NzEyNDYxOTg3MjM0Mg==)

- García Viniegras , C. V. (1999). *Manual para la Utilización del Cuestionario de Salud General de Godberg Adaptación Cubana* . La Habana : Instituto Superior de Ciencias Médicas , [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21251999000100010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000100010).
- García, H. B. (2012). La Depresión Etiología y Tratamiento. *Ciencia y Sociedad*(2), <https://www.redalyc.org/pdf/870/87024179002.pdf>.
- Mazariegos, Ingrid. (2014). Rasgos de Personalidad en Víctimas de Violencia. Guatemala , Quetzaltenango, Guatemala, <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/42/Mazariegos-Ingrid.pdf>
- González Tovar, J., & Montalvo, A. (2012). La desesperanza Aprendida Y sus Predictores en Jóvenes. *Enseñanza en Investigación en Psicología*, 17(2), 313-327.
- Henríquez, C. R., & Pautassi, L. (2016). *Violencia Contra la Mujer y Políticas Públicas* . Argentina: ONU. [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40483/S1600701\\_es.pdf?sequence=6&isAllowed=y](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40483/S1600701_es.pdf?sequence=6&isAllowed=y).
- Hernández Sampieri, R., Fernández Cuello, C., & Baptista Lucio, M. d. (2010). *Metodología de la Investigación* (Quinta Edición ed.). México: Interamericana Editores.
- Ibarra, M. A. (2015, Abril). El Modelo Epigenético en el Desarrollo de la Violencia en México. *Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 6(11), 1-17.
- INAM. (2010). *Base de datos FAOLEX*. (ONU, Ed.) Retrieved Febrero 17, 2022, from <https://www.fao.org/faolex/results/details/es/c/LEX-FAOC157565/#:~:text=Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20la%20Mujer,en%20Honduras%2C%202010%2D2022.&text=El%20documento%20brinda%20especial%20atenci%C3%B3n,mejorar%20sus%20condiciones%20de%20vida.> <http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/hon157565.pdf>
- INAM. (2017). *Instituto Nacional de la Mujer* . Retrieved Junio 12, 2019, from [http://www.inam.gob.hn/web/index.php?option=com\\_content&view=article&id=12&Itemid=116](http://www.inam.gob.hn/web/index.php?option=com_content&view=article&id=12&Itemid=116)
- INAM. (2019). *Guía Metodológica Curso de Género y Derechos Humanos de las Mujeres* . Tegucigalpa : Escuela del Poder Judicial.
- INSM. (2011). *Instituto Nacional de la Salud Mental*. Retrieved mayo 15, 2019, from [http://ipsi.uprrp.edu/opp/pdf/materiales/women-depression\\_sp\\_ln\\_08.10.2011.pdf](http://ipsi.uprrp.edu/opp/pdf/materiales/women-depression_sp_ln_08.10.2011.pdf)
- Jaramillo , J. (2014, Septiembre 02). Construcción de una Escala de Violencia Intrafamiliar, Cuenca -Ecuador 2013. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 32(2), 31-39.

- Jiménez, N. H. (2012). Violencia contra la mujer y respuesta punitiva. *Dialnet*, 95-113.
- Korman , G., & Sarudiansky, M. (2011). Subjetividad y procesos Cognitivos. *Redalyc*, 15(1), 119-145.
- Linardelli, M. F. (2015). Salud Mental y Género. *Dialnet*, 11(3), 199-224.
- Martinez, S. L. (2019, marzo). Depresión e Ideación suicida en Mujeres Víctimas de Violencia de Pareja. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 1-27.
- MINSAL. (2013). *Dresión en personas de 15 años* . Chile: Ministerio de Salud .  
<https://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>.
- Morabes, S. d. (2014). Ciclo de la Violencia en la Asistencia Psicológica a Víctimas de Violencia de Género . *Políticas públicas e inclusión en las democracias contemporáneas*.  
<https://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/morabes.pdf>.
- Ochoa Gómez , C., Cruz Agudelo, A. F., & Moreno Carmona , N. D. (2015, Enero-Junio). Depresión en la Mujer. *Ciencias Sociales*, 118-135.  
<https://www.redalyc.org/pdf/4978/497856276008.pdf>.
- OIM. (2015). *Código de Familia y Código de Niñez y la Adolescencia* . Tegucigalpa: OIM Editorial S.A de C.V.
- OIM. (2019). *Código Penal de Honduras*. (O. Martínez V., & M. Flores, Eds.) Tegucigalpa, Honduras: OIM Editorial S.A de C.V.
- OIM. (2020). *Constitución de la República de Honduras*. (O. W. Martínez V., & M. Flores, Eds.) Tegucigalpa, Honduras: OIM Editorial S.A de C.V.
- OIM. (2021). *Legislación Sobre la Mujer*. (O. W. Martínez V., & M. Flores, Eds.) Tegucigalpa, Honduras: OIM Editorial S.A. de C.V.
- Olivares Ferreto, E., & Incháustegui Romero, T. (2011). *Modelo ecológico para una vida libre de violencia de género*. Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, México. <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/lgamv/v/MoDecoFinalPDF.pdf>.
- Olmos, J. V. (2015). *Expresión de la Ira y Violencia Escolar*. Murcia: Universidad de Murcia.  
<https://www.tesisenred.net/handle/10803/311435#page=1>.
- OMS. (2002). *Informe mundial sobre la Violencia y la Salud*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2002.v12n4/227-229>.
- OMS. (2014). *Violencia contra las Mujeres*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.



- [https://oig.cepal.org/sites/default/files/informe\\_sobre\\_la\\_situacion\\_mundial\\_de\\_la\\_preve\\_ncion\\_de\\_la\\_violencia.pdf](https://oig.cepal.org/sites/default/files/informe_sobre_la_situacion_mundial_de_la_preve_ncion_de_la_violencia.pdf).
- OMS. (2016). *Informe Sobre la Situación Mundial de la Prevención de la Violencia*. Washington D.C: OPS.  
[https://oig.cepal.org/sites/default/files/informe\\_sobre\\_la\\_situacion\\_mundial\\_de\\_la\\_preve\\_ncion\\_de\\_la\\_violencia.pdf](https://oig.cepal.org/sites/default/files/informe_sobre_la_situacion_mundial_de_la_preve_ncion_de_la_violencia.pdf).
- OMS. (2017). *Depresión y otros trastornos Mentales comunes*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.  
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
- OMS. (2018, Marzo). Retrieved Mayo 2019, 08, from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- OMS. (2018, marzo 22). *Organización Mundial de la Salud*. Retrieved mayo 15, 2019, from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- ONU. (2021, Septiembre 22). *ACNUR*. Retrieved Noviembre 7, 2021, from <https://www.acnur.org/noticias/press/2021/9/614ba4c04/estudio-revela-que-la-violencia-de-genero-genera-desplazamiento-forzado.html>
- Pacheco, A. M. (2016, Agosto). La Violencia, Conceptualización y Elemento para su Estudio. *Política y Cultura*(46), 20-31. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0188-77422016000200007&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0188-77422016000200007&script=sci_abstract).
- PAIMEF. (2006). *Diagnóstico Sobre las Causas, Efectos y Expresiones de Violencia Contra las Mujeres en los Hogares de la Microrregión Huasteca Centro del Estado de San Luis Potosí*. San Luis Potosi: Indesol. <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/PAIMEF/SLP/slp01.pdf>.
- Pérez, R. (2010). Salud y Genero. *Salud 2000*.  
[https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/gsv/24n4/breve1.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/gsv/24n4/breve1.pdf).
- Piedra Duran , M. (2017). Seguridad Ciudadana para las mujeres en Costa Rica. *Fesameriacentral.org*, 18-57.
- Pita, I. H. (2014). *Violencia de Género*. (I. C. Libro, Ed.) La Habana, Cuba: Científico-Técnica.
- Ramos, A. V. (2005). Agresión a la Mujer como Factor de Riesgo Múltiple de Depresión. *Psicopatología Clínica*, 5, 75-86.
- Rudolf Uher, A. Z. (2017). Aceptando la realidad de la causalidad poligenicoambiental de las enfermedades mentales. *Revista Oficial de la Asociación Mundial de Psiquiatría*, 15(2), 121-129.

- Safranoff, A. (2017). Violencia Psicológica Hacia la Mujer. (U. N. Lanús, Ed.) *Salud Colectiva*, 6-8.
- Sánchez, A., Sánchez, J., & Ropaín, M. (2015). *Violencia Y seguridad Ciudadana : Una Mirada Desde la Perspectiva de Género*. Francisco Morazán . Tegucigalpa: Publigráficas. UNDP-RBLAC-ViolenciaSeguridadG%25C3%25A9neroHN.pdf
- SECOF. (2011). Evaluación del Inventario BDI-II. *Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos*, 3-15. <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>.
- SIA. (2019). *Sistema de Información*. Retrieved junio 12, 2019, from <http://www.sia.eurosocial-ii.eu/institucion.php?id=1613>
- Strachey, J. (2014). El Malestar de la Cultura de Simund Freud . *Pensamiento Penal*. <https://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2014/12/doctrina38629.pdf>.
- Toledo Buendia, C., & del Pozo Triviño, M. (2015). *Interpretación en Contextos de Violencia de Genero*. Viena: Tirant Humanidades. [http://sosvics.eintegra.es/Documentacion/Interpretar\\_en\\_contextos\\_de\\_violencia\\_de\\_genero.pdf](http://sosvics.eintegra.es/Documentacion/Interpretar_en_contextos_de_violencia_de_genero.pdf).
- Tremblay, R. E. (2012, Febrero). Violencia Social. (U. d. Montreal, Ed.) *Enciclopedia Sobre el Desarrollo de la Primera Infancia*. <https://www.encyclopedia-infantes.com/pdf/complet/violencia-social>.
- UNAH, I. (2016). *Prevalencia de Depresión, Ansiedad y Consumo de Alcohol en Zonas de Influencia*. Tegucigalpa: UNAH. <http://www.bvs.hn/Honduras/UICFCM/SaludMental/PROTOCOLO.SOBRE.DEPRESION.ANSIEDAD.Y.CONSUMO.DE.ALCOHOL.pdf>.
- UNICEF. (2012). *Retratos de Vida* . Tegucigalpa: ONU Mujeres.
- UNICEF. (2016). *La Vulnerabilidad de la Niñez y la Adolescencia en Honduras*. Tegucigalpa. <https://www.unicef.org/honduras/media/176/file/SITAN-informe-2018.pdf>
- UNICEF, O. (2018). *Violencia Contra Niños, Niñas y Adolescentes* . America Latina y El Caribe: OPS.
- Velásquez, A. I. (2002, abril). Prevalencia de trastornos mentales en la Población mayor de 18 años en 29 comunidades urbanas de Honduras. 7, pp. 1-7. Tegucigalpa: UNAH.
- Vinagre Gónzales , A. M., Aparicio García , M. E., & Alvarado Izquierdo , J. M. (2020, 09 20). Medida de la Violencia Social Encubierta Hacia las Mujeres. *IVISEM*, 11(4), 57.

Zapata Yance, L., Parra De La Rosa, K., Barrios, D., & Rojas Santiago, M. (2016, Noviembre). Efecto de la Violencia y Efectos Cognitivos en el Cortisol de Mujeres Vientadas por sus Parejas. *Universitas Psychologica*, 5(5), 3-10.

## Anexos

### Anexo N° 1: Documento de Consentimiento Informado

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
|   | <b>UNAH</b><br>UNIVERSIDAD NACIONAL<br>AUTÓNOMA DE HONDURAS |  | <b>MAESTRÍA EN<br/>PSICOLOGÍA CLÍNICA</b> |
| <p>UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS</p> <p>MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLÍNICA</p> <p><b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b></p> <p>PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN PARA PROYECTO DE INVESTIGACIÓN</p>                                      |   |   |   |
| <p><b>TITULO DEL PROYECTO:</b></p> <p>Prevalencia de depresión y su relación con la violencia en mujeres víctimas por razones de género, de Ciudad Mujer Francisco Morazán, Honduras, año 2021.</p>                                      |   |   |   |
| <p><b>Este documento consta de dos partes:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Parte informativa</li><li>2. Formulario de Consentimiento</li></ol>  |   |   |   |
| <p><b>1. Parte Informativa.</b></p> <p>Mi nombre es Rosa María Paguada, soy Psicóloga de profesión, pasante de la Maestría en Psicología Clínica de la UNAH, y mi proyecto de tesis versa sobre la Depresión como consecuencia de la</p> |   |   |   |

Violencia que sufren muchas mujeres por el hecho de ser mujeres.

Por lo que a través y con asentimiento de la Institución que dará apertura para que yo pueda realizar este levantamiento de información; en este Caso Ciudad Mujer, solicito permiso para que de forma voluntaria quiera ser parte de la muestra, haciendo de su consentimiento que el propósito de este estudio es poder brindar un protocolo que sirva de ayuda para una eficiente atención a las mujeres que resulten afectadas por depresión por causa de la violencia.

También informarle que usted puede negarse a participar, o retirarse del mismo en el momento que usted considere oportuno.

De antemano aclaro que su información será tratada con la más absoluta confidencialidad, pero sin embargo se recolectaran los datos de enlace de las informantes, así como los datos de inclusión; edad, si saben leer y escribir, y que hayan sido expuestas a violencia.

Para la recolección de la información se estarán pasando dos cuestionarios que será necesario sean respondidos con la objetividad pertinente y requerida basada específicamente en la persona del informante o encuestada.

## **2. Formulario de Consentimiento**

Yo \_\_\_\_\_ N° de Identidad \_\_\_\_\_

Declaro que estoy de acuerdo en participar de forma voluntaria y como informante en el estudio descrito en la primera parte de este documento, para lo cual autorizo a la Licenciada Rosa María Paguada, para que de forma ética y con fines académicos pueda dar instrucciones y recolectar información relevante a través de dos cuestionarios /escalas que serán contestadas por mi persona de forma clara y objetiva, así mismo recolectar información que sirva de enlace para próximos encuentros



con fines científicos.

Declaro que he leído toda la información, he tenido la oportunidad de hacer preguntas, acerca del tema y mis interrogantes han sido respondidas de forma satisfactoria, así que consiento voluntariamente y tomando la opción de poder retirarme en el momento que considere un peligro para la vida y salud mental de mi persona.

Nombre del Participante: \_\_\_\_\_

Firma del Participante: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha, hora: \_\_\_\_\_

He leído con exactitud el documento, y he brindado una copia a la persona del informante voluntario, quien ha tenido la oportunidad de realizar preguntas, que he contestado de forma veraz y objetiva, por lo que confirmo que la persona del participante/informante ha dado el consentimiento libremente.

Nombre del Investigador: \_\_\_\_\_

Firma del Investigador: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha, hora: \_\_\_\_\_

Dado en la ciudad de Tegucigalpa, Francisco Morazán a los \_\_\_\_\_ del mes de  
\_\_\_\_\_ de 202\_\_\_\_\_

## **Anexo N° 2: Consentimiento informado para profesionales expertos.**

### Consentimiento informado

La presente entrevista es parte de una investigación cuantitativa sobre violencia de género, como proyecto de tesis de mi persona como maestrante de la maestría en psicología clínica de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras. El propósito es indagar sobre la prevalencia de la depresión y su relación con la violencia de género de las mujeres víctimas, Si decide colaborar en la investigación, lo único que tiene que hacer es contestar las preguntas que se le harán, esto no le tomará más de 15 minutos y no representa ningún riesgo para usted o su familia. Su participación es voluntaria, usted no recibirá ningún beneficio más que la satisfacción de haber contribuido en la investigación.

Para facilitar el análisis de la información recogida, es necesario que nos permita grabar la entrevista. Tengo usted la plena seguridad de que los datos que brinde serán manejados de forma anónima, en absoluta confidencialidad, y que no se compartirán con nadie sin su consentimiento. Además, puede parar la entrevista en cualquier momento en que se sienta incómodo o no desee responder alguna interrogante.

¿Empezamos entonces con la grabación? ¿Está de acuerdo usted?

Edad: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Anexo N° 3: Inventario de Depresión de Beck –II (BDI-II).****Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Educación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito).

**1. Tristeza**

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

**2. Pesimismo**

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

**3. Fracaso**

- 0 No me siento como un fracasado.

- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

#### **4. Pérdida de Placer**

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

#### **5. Sentimientos de Culpa**

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

#### **6. Sentimientos de Castigo**

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

#### **7. Disconformidad con uno mismo.**

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

#### **8. Autocrítica**

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual

1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo

2 Me critico a mí mismo por todos mis errores

3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

### **9. Pensamientos o Deseos Suicidas**

0 No tengo ningún pensamiento de matarme.

1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría

2 Querría matarme

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

### **10. Llanto**

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.

1 Lloro más de lo que solía hacerlo

2 Lloro por cualquier pequeñez.

3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

### **11. Agitación**

0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.

1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.

2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto

3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

### **12. Pérdida de Interés**

0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.

1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.

2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

3. Me es difícil interesarme por algo.

### **13. Indecisión**

0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.

1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones

2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.

3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

#### **14. Desvalorización**

0 No siento que yo no sea valioso

1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme

2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.

3 Siento que no valgo nada.

#### **15. Pérdida de Energía**

0 Tengo tanta energía como siempre.

1. Tengo menos energía que la que solía tener.

2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado

3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

#### **16. Cambios en los Hábitos de Sueño**

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1<sup>a</sup>. Duermo un poco más que lo habitual.

1b. Duermo un poco menos que lo habitual.

2a Duermo mucho más que lo habitual.

2b. Duermo mucho menos que lo habitual

3<sup>a</sup>. Duermo la mayor parte del día

3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

#### **17. Irritabilidad**

0 No estoy tan irritable que lo habitual.

1 Estoy más irritable que lo habitual.

2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.

3 Estoy irritable todo el tiempo.

### **18. Cambios en el Apetito**

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1<sup>a</sup>. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2a. Mi apetito es mucho menor que antes.

2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual

3a. No tengo apetito en absoluto.

3b. Quiero comer todo el día.

### **19. Dificultad de Concentración**

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

### **20. Cansancio o Fatiga**

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

### **21. Pérdida de Interés en el Sexo**

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

#### Anexo N° 4: Escala de violencia Intrafamiliar J4

| <b>ESCALA DE MEDICIÓN DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR (VIFJ4):</b>   |  |                   |             |         |              |              |
|--|--|-------------------|-------------|---------|--------------|--------------|
| <p><b>Instructivo:</b> Por favor conteste todas las preguntas que se presentan a continuación con absoluta Seriedad y sinceridad. Marque con una X la respuesta que usted considere apropiada, la Información que usted proporcione es estrictamente confidencial.</p> |  |                   |             |         |              |              |
|  | <b>PREGUNTAS</b>   | <b>RESPUESTAS</b> |             |         |              |              |
|  |  | Casi nunca        | Pocas veces | A veces | Muchas veces | Casi siempre |
| <b>Violencia Física</b>  |  |                   |             |         |              |              |
| 1  | ¿Su pareja le pega?  |                   |             |         |              |              |
| 2  | ¿Su pareja le ha hecho moretones cuando le golpea?                     |                   |             |         |              |              |
| 3  | ¿Ha sangrado a causa de los golpes recibidos por su pareja?            |                   |             |         |              |              |
| 4  | ¿Por los golpes recibidos por su pareja ha necesitado atención médica? |                   |             |         |              |              |
| <b>Violencia Psicológica</b>   |  |                   |             |         |              |              |
| 5  | ¿Su pareja le hace callar cuando usted da su opinión?                  |                   |             |         |              |              |
| 6  | ¿Su pareja le insulta en frente de otras personas?                     |                   |             |         |              |              |
| 7  | ¿Su pareja le ha sido infiel?  |                   |             |         |              |              |
| 8  | ¿Su pareja ha amenazado con suicidarse si le abandona?                 |                   |             |         |              |              |



|                              |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 9                            | ¿Usted siente temor cuando su pareja llega a la casa?                              |  |  |  |  |  |
| <b>Violencia Sexual</b>      |  |  |  |  |  |  |
| 10                           | ¿Su pareja le ha dicho que sexualmente no le satisface?                            |  |  |  |  |  |
| 11                           | ¿Su pareja le obliga a tener relaciones sexuales cuando usted no desea?            |  |  |  |  |  |
| 12                           | ¿Su pareja le prohíbe asistir a control médico ginecológico?                       |  |  |  |  |  |
| 13                           | ¿Su pareja le prohíbe el uso de métodos anticonceptivos?                           |  |  |  |  |  |
| 14                           | ¿Su pareja le prohíbe embarazarse?   |  |  |  |  |  |
| 15                           | ¿Su pareja le ha obligado a abortar?   |  |  |  |  |  |
| <b>Violencia Social</b>      |  |  |  |  |  |  |
| 16                           | ¿Su pareja se pone molesta cuando usted se arregla?                                |  |  |  |  |  |
| 17                           | ¿Su pareja le impide hablar por celular con otras personas?                        |  |  |  |  |  |
| 18                           | ¿Su pareja le amenaza con golpearle si usted sale de su casa sin el permiso de él? |  |  |  |  |  |
| 19                           | ¿Su pareja se pone celosa cuando usted habla con otras personas?                   |  |  |  |  |  |
| <b>Violencia Patrimonial</b> |  |  |  |  |  |  |
| 20                           | ¿Su pareja ha roto las cosas del hogar?  |  |  |  |  |  |

|                            |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 21                         | ¿Su pareja le ha impedido el ingreso a su domicilio?             |  |  |  |  |  |
| 22                         | ¿Su pareja le limita el dinero para los gastos del hogar?        |  |  |  |  |  |
| <b>Violencia de Género</b> |  |  |  |  |  |  |
| 23                         | ¿Al momento de tomar decisiones su pareja ignora su opinión?     |  |  |  |  |  |
| 24                         | ¿Su pareja nunca colabora en las labores del hogar?              |  |  |  |  |  |
| 25                         | ¿Su pareja le impide tener un trabajo remunerado, fuera de casa? |  |  |  |  |  |

**Realizado por:** Jaramillo J. y cols.

Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la

Universidad de Cuenca. Septiembre de 2014. 32(2): 30-39

**Anexo N° 5: Escala de Salud General de Golber.****ESCALA DE SALUD GENERAL. GHQ**

**INSTRUCCIONES:** Lea cuidadosamente estas preguntas. Nos gustaría saber cómo ha estado de salud en las últimas semanas. Conteste a todas las preguntas. **Marque con una cruz la respuesta que usted escoja.** Queremos saber los problemas recientes y actuales, no los del pasado.

**1) ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?**

- a. Mejor que lo habitual
- b. Igual que lo habitual
- c. Menos que lo habitual
- c. Mucho menos que lo habitual

**2) ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?**

- a. No, en absoluto
- b. No más que lo habitual
- c. Bastante más que lo habitual
- d. Mucho más

**3) ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?**

- a. Más que lo habitual
- b. Igual que lo habitual
- c. Menos útil que lo habitual
- d. Mucho menos

**4) ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?**

- a. Más capaz que lo habitual
- b. Igual que lo habitual
- c. Menos capaz que lo habitual
- d. Mucho menos

**5) ¿Se ha sentido constantemente agobiada y en tensión?**

- a. No, en absoluto
- b. No más que lo habitual
- c. Bastante más que lo habitual
- d. Mucho más

**6) ¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?**

- a. No, en absoluto
- b. No más que lo habitual
- c. Bastante más que lo habitual

d. Mucho más

**7) ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?**

a. Más que lo habitual

b. Igual que lo habitual

c. Menos que lo habitual

d. Mucho menos

**8) ¿Ha sido capaz de hacer frente a sus problemas?**

a. Más capaz que lo habitual

b. Igual que lo habitual

c. Menos capaz que lo habitual

d. Mucho menos

**9) ¿Se ha sentido poco feliz y deprimida?**

a. No, en absoluto

b. No más que lo habitual

c. Bastante más que lo habitual

d. Mucho más

**10) ¿Ha perdido confianza en sí misma?**

a. No, en absoluto

b. No más que lo habitual

c. Bastante más que lo habitual

d. Mucho más

**11) ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?**

a. No, en absoluto

b. No más que lo habitual

c. Bastante más que lo habitual

d. Mucho más

**12) ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?**

a. Más feliz que lo habitual

b. Aproximadamente lo mismo que lo habitual

c. Menos feliz que lo habitual

d. Mucho menos que lo habitual

## **Anexo 6. Transcripción de entrevistas**

### **ENTREVISTA 1; HOMBRE; 41 AÑOS; PSICÓLOGO**

Entrevistador: Rosa P.

Sexo del Informante: Masculino

Edad de Informante: 41 años

Tipo de informantes: Psicólogo del Hospital Mario Mendoza

#### **Transcripción:**

Entrevistador: ¿Podría explicarme cuál es la función que usted realiza en su centro de trabajo?

Informante: Bien yo trabajo en el Hospital psiquiátrico para agudos Doctor Mario Mendoza y estoy de manera funcional como psicólogo asignado a la sala de varones pero desde este momento que empezó la pandemia del COVID-19 estoy haciendo una dinámica diferente en cuanto a las funciones laborales, implicando que cuando a nosotros nos toca turno cubrimos todo el Hospital tanto la emergencia como las dos salas, tanto sala de mujeres como sala de varones, del área intrahospitalaria por ende pues estamos abordando todas las complicaciones que se presentan, todos los casos que van buscando apoyo dentro del hospital incluyendo el tema que ahora compete.

Entrevistador: ¿Cuál es la condición física de las usuarias que sufren violencia cuando llegan al centro?

Informante: Va dependiendo todo esto va influenciado por ambiente social de donde las personas provienen vamos a encontrar que cuando vienen de zonas muy marginales vienen con una condición física muy deplorable verdad, y eso es significativo para el abordaje y para la valoración de las pacientes cuando son víctimas o son personas que sufren este tipo de peculiaridades como es la violencia, va depender de la zona de donde vienen las personas recordemos que el Hospital es un hospital público y nosotros le damos asistencia a la población en general tanto a personas de muy muy escasos recursos como a clase media bajo, clase pobre, clase media, a clase media alta e incluso también se le da abordaje a

personas de clase alta especialmente ahorita durante la pandemia que se han visto afectadas por que los médicos en el área privada no están funcionando no están trabajando, entonces este tipo de situaciones se han hecho más evidentes dentro del hospital.

Entrevistador: ¿Cuál es la condición mental de las usuarias del servicio que sufren violencia cuando llegan al centro?

Informante: Es bien amplia recordemos de que de una u otra manera va a ser bien influenciado por el hecho que ese tiempo que tienen de ser víctimas unas mujeres pasan años soportando este tipo de situaciones en su hogar y eso va influenciar bastante, hay otras que van en busca de ayuda cuando empiezan los procesos de violencia doméstica, u otros tipos de violencia porque también hay que incluir la violencia social especialmente durante esta realidad que estamos viviendo que se ha visto más evidenciada, el aumento en la agresividad de la sociedad como tal, va depender si encontramos unas personas que van muy deterioradas físicamente la verdad, producto de la realidad que ellas viven dentro de su entorno y que de una u otra manera ha ido calando en el aspecto físico de la persona.

Entrevistador: ¿Con quién llegan estas usuarias al servicio?

Informante: Casi siempre son amigas, tenemos o hay varios escenarios, varios testigos por lo general son amigos tenemos un buen número de personas que van acompañadas de familiares y también tenemos personas que son acompañadas por el Ministerio Público, fueron a poner la denuncia y la fiscal de turno o médico Psiquiatra de turno de Medicina Forense solicita el abordaje de la paciente por un ente especializado en este caso el Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza.

Entrevistador: ¿Qué tipos de violencia es más frecuente en las usuarias que llegan al centro?

Informante: Hay dos tipos de violencia que son bien comunes en las mujeres que van a buscar apoyo y dentro del hospital que buscan asistencia es la violencia psicológica sí que nos es tan evidente como la persona que van en busca de ayuda por violencia física por violencia es lo que más se da pero entre estas dos van aunadas se empieza con violencia física y si está no es parada o se le da un alto puede transmutarse o pasar al proceso de la violencia psicológica.

Entrevistador: ¿Qué condiciones de vida tienen las usuarias frecuentes del servicio?

Informante: Va dependiendo allí aquí valoramos los rasgos y las características de personalidad, hay personas que tienen mayores capacidad de afrontamiento a situaciones adversas y ese es el problema estas personas cuando tienen capacidades de afrontamiento llegan al hospital hasta que han colapsado, encontramos bastantes personas víctimas de abuso, ya sea violencia psicológica o física que cuando llegan al hospital llegan para manejo intrahospitalario porque hay bastantes alteraciones en su estado psíquico lo cual nos hace tomar en consideración que estas personas van a necesitar el apoyo a nivel intrahospitalario el manejo por que las alteraciones del contenido del pensamiento se ven muy muy marcadas con ideaciones suicidas verdad, ideas de minusvalía que son bien comunes e incluso podemos encontrar algunos casos de personas que han llegado en estado de psicosis que son producto de las vivencias que han tenido dentro de sus hogares.

Entrevistador: ¿Qué porcentaje de las usuarias por violencia requieren asistencia psicológica?

Informante: cien por ciento, hee la característica del abordaje es interdisciplinario recordemos que la mayor parte de las personas que llegan al hospital van porque han puesto una denuncia han demandado a la persona agresora por ende su estado emocional está bien deteriorado y esto necesita que nosotros le demos un abordaje no solo psicofarmacológico sino que también le demos un abordaje psicoterapéutico trabajando la autoestima que es lo que más se ve afectado por la persona que tienen este tipo de experiencias verdaderamente traumáticas.

Entrevistador: ¿Qué diagnósticos en relación a la salud mental son más frecuentes?

Informante: Casi siempre encontramos que las personas que o las mujeres y no solo hablemos de mujeres también tenemos casos de varones verdad en términos generales , jóvenes, adultos mayores, jóvenes hee jóvenes que empiezan su adultez encontramos bastante incidencia de abuso sexual hee con código Y05, qué es el código de CIE-10 para abuso sexual pero también vamos a encontrar trastornos depresivos, con cuadros depresivos crónicos sin síntomas psicóticos pero también vamos a encontrar cuadros depresivos crónicos con síntomas psicóticos porque la misma ya definición y categorización que da la

APA dice que toda persona que va con una ideación suicida se considera un síntoma psicótico y es bien común encontrar que las personas que van con este tipo de experiencias en su vida llegan con ideas francas producto de que su estado psíquico se ha ido deteriorando significativamente al pensar que la única salida a la problemática que están viviendo es el suicidio entonces si encontramos el F33.1, F33.2, y el F33.3 que son bien comunes en ese tipo de personas, también vamos a encontrar el F32.0 que están empezando con sus cuadros de depresión pero son bien pocos casi siempre cuando la persona busca ayuda es cuando su estado de ánimo se ve superado por el evento traumático o que vienen viviéndolo desde años atrás y eso ha dejado una huella significativa tanto en el estado de ánimo como en la estructura psíquica.

Entrevistador: ¿Cómo es la actitud de las usuarias al momento de remitirlas a un proceso psicológico?

Informante: Miedo, miedo a que sean otra vez agredidas se puede decir que muchas veces de hecho cuando nosotros hacemos las intervenciones en crisis definimos si es recomendable que un varón cuando una mujer que ha sido víctima de maltrato, ya sea psíquico o físico, por parte de hombre, si es prudente que un psicólogo varón le dé el abordaje, hasta eso nosotros tomamos como definición si mejor la referimos con una compañera mujer una psicóloga del hospital, le dé el abordaje. Entonces es bien difícil es bien complejo porque así como van con miedo, con dudas, con desconfianza sí, desconfianza de todo el mundo, ya que creen que todo el mundo va hacer lo mismo o que van a recibir lo mismo que han estado recibiendo dentro de su casa, entonces es bien complejo, es bien individualizado y eso se va definiendo más que todo con el primer abordaje que nosotros le damos, especialmente cuando damos intervención en crisis, dudas tienen muchas dudas y mucha inseguridad, bastante inseguridad, voy a estar repitiendo esto constantemente de tipo físico o psicológico la persona pierde o se ve afectada en su autoestima entonces, si nosotros tenemos afectada el autoestima entonces nosotros no tenemos esa capacidad de empatizar, por ende desconfiamos de todo el mundo hasta de nuestra familia y eso es bien común y lo identificamos con mucha facilidad dentro del hospital y lo vamos a ver evidenciado incluso que muchas solo van una vez una y no vuelven a sus procesos psicoterapéuticos.



Entrevistador: ¿Qué redes de apoyo toman en cuenta ustedes para la recuperación emocional de las víctimas?

Informante: Bien allí va dependiendo por ejemplo cuando vienen casos de violencia y vienen por parte de la fiscalía casi siempre a la mujer se le manda a este programa de casa presidencial que se llama Ciudad Mujer, ellos abordan bastante porque la demanda del hospital es tan alta que ahorita por ejemplo de psicología se están dando citas cada cinco o seis meses, mínimo cuatro cuando tenemos casos en los que las personas el abordaje debe ser dos veces a la semana o una vez a la semana como mínimo, exagerando con respecto al tiempo, hay casos por ejemplo que cuando son manejados a nivel intrahospitalario le son el abordaje diario, para ir trabajando y ayudando a las personas a que desarrollen mecanismos que le permitan afrontar las situaciones que están viviendo y a racionalizarlo porque trabajamos lo que es bastante el área cognitiva, por ejemplo mi persona trabaja el área cognitiva, para que la persona pueda ir desarrollando estas características, patrones y rasgos que había ido perdiendo aquello que le iba permitir que le iba ayudar a que ella pudiera asimilar y afrontar y con el tiempo poder ir subsanando, aprendiendo a vivir con la experiencia traumática, Ciudad Mujer es uno, trabajamos también con el programa de Médicos sin Fronteras que ellos tienen un programa de violencia especialmente violencia sexual verdad, trabajamos mucho con ellos y algunos casos pues nosotros los abordamos, cuando tenemos las condiciones de tiempo y cuando nuestra agenda de atención damos prioridades a casos y los acomodamos de manera que aunque sea un poquito insalubre para nosotros por la carga laboral, tratamos de apoyar lo más que podemos, son los dos programas en los que más nos apoyamos, pero también encontramos por ejemplo programas o instituciones que cuenta con personal de psicología como lo es el Cuerpo de Bomberos, que tienen clínicas en el sector del Carrizal, cuando nosotros logramos identificar personas de ese lugar y se les dificulta especialmente ahorita, que hay problemas con el transporte hacemos envíos o referencias al Cuerpo de Bomberos también trabajamos con los programas de Cruz Roja Hondureña, y en algunos casos hemos pedido el apoyo al programa de los psicólogos que trabajan con la fiscalía de la protección de la mujer, ellos allá deciden si lo mandan con un Ciudad Mujer o se quedan ellos abordando, ya eso lo manejan ellos internamente, nos apoyamos con estas organizaciones.

Entrevistador: ¿Qué servicios de asistencia brinda el Hospital Doctor Mario Mendoza en el tema de violencia?

Informante: Nosotros tenemos varios programas, tenemos personal y estamos trabajando, bueno siempre se ha trabajado con jornada de oficina , allí el hospital se queda corto porque no hay aprobación de presupuesto para la ampliación de los programas; intervención en crisis en el área de emergencia y cuando se ingresan al área de observación igual se da intervención en crisis y se le da un abordaje con psicoterapia diaria, también se da lo que es la programación de citas para darle seguimiento y apoyo psicoterapéutico a las pacientes viendo si ella está resolviendo de manera satisfactoria porque esos son los conflictos y las huellas que ha dejado ser víctima de violencia. Hay abordaje por consulta externa en algunos casos cuando son ingresados a salas de mujeres con cuadros psicóticos verdad en sala uno va y aborda a la paciente dando psicoterapia se hacen evaluaciones para ver cómo está la estructura con pruebas proyectivas es bien común que utilicemos Bender para hacer un análisis psicodinámico que es bien útil para ver estructuras, proyecciones, no solo para ver organicidad verdad, sino que también vemos aspecto psíquico, también utilizamos la prueba DFH, utilizamos Persona Bajo la Lluvia para ver cómo estas personas están percibiendo su entorno y en algunos casos es bien común que utilicemos aunque parezca broma lo que es a mí me gusta utilizar bastante el test de la familia, me encanta porque allí podemos encontrar incluso lograr identificar si hay otros miembros de la familia que son víctimas de maltrato similar o peor que el de la paciente que llegó en busca de apoyo en el hospital, damos ese tipo de abordaje más el proceso psicoterapéutico y el seguimiento que se le puede brindar a la paciente algunas veces en mi caso a mí me gusta trabajar lo que es la terapia de familia, me gusta abordar porque si la pareja que es violenta acepta que tiene un problema me gusta trabajar con ellos para ver que es porque muchas veces el agresor también tiene problemas emocionales que lo llevan a tener conductas compulsivas, casi se refieren los niños cuando los niños están muy marcados, se refieren al área de Infanto y adolescentes del Hospital Escuela.

**ENTREVISTA 2; MUJER; 43 AÑOS; ABOGADA**

Entrevistador: Rosa P.

Sexo del Informante: Femenino

Edad de Informante: 43 años

Tipo de informantes: Abogada y Jefa del Módulo de Atención y Protección a los Derechos de la Mujer

**Transcripción:**

Entrevistador: ¿Podría explicarme cuál es su cargo dentro de la Institución?

Informante: Bueno en el módulo que estoy asignada pues nosotras somos funcionarias del INAM el filtro de entrada de acceso a las usuarias es el Instituto Nacional de la Mujer y es quien coordina ese modulo entonces yo estoy asignada como jefa de modulo.

Entrevistador: ¿Cuál es el objetivo del módulo abogada?

Informante: El modulo se llama MAPRODEM, que es el Modulo de Protección de los Derechos de la Mujer, dentro de Ciudad Mujer, bueno explicarle un poco hee que Ciudad Mujer es pues que Ciudad Mujer es más que todo un techo dónde convergen alrededor de dieciséis instituciones que brindan servicios que lo brindan de manera externa en ventanilla para la población en general pero en Ciudad Mujer son servicios exclusivos para la mujer verdad siendo un centro exclusivo para la mujer pues el acceso es para la mujer, hee dentro de esas instituciones pues está el INAM, está Secretaria de Seguridad, está el Ministerio Publico y está la Universidad Nacional Autónoma de Honduras que son parte de MAPRODEM, están las cuatro instituciones que brindan servicios dentro de su competencia y de manera integral, verdad las usuarias entonces en sí el objetivo del módulo es pues lógicamente atender específicamente todos los casos de situaciones de violencia a mujeres sobrevivientes , dígase pues violencia doméstica, violencia intrafamiliar, Violencia sexual, violencia comunitaria, violencia laboral y la violencia contra niños, niñas y adultos y adolescentes verdad, porque recordemos que los delitos contra menores son de oficio verdad y tenemos las herramientas establecidas dentro de Ciudad Mujer para poder detectar en otros módulos, situaciones de violencia, porque no necesariamente la mujer llega directo a nuestro modulo, puede llegar por diferentes vías entonces ese es el objetivo en sí general

de atender estas situaciones de violencia, tenemos lo específicos que podemos recibir estas mujeres desde el filtro de ingreso desde la recepción de remitas de manera externas que también han sido detectadas, entonces podemos recibirlas de tres maneras de otra institución externa, dentro del centro y las que van directamente al módulo, y lógicamente pues otro de los objetivos es evacuar todas estas necesidades que estas mujeres presentan buscando los aliados externos o desde el mismo centro verdad, en los otros servicios que prestan los módulos entonces si es un trabajo poco complejo verdad, y más que todo el INAM se encarga de vigilar pues que dentro del módulo desde la jefatura , se brinden los servicios verdad que están plasmados en un protocolo de atención y que pues las instituciones parte del módulo tengan sus funcionarias completas verdad, y pues que los servicios se brinden con una calidad y con la calidez que merecen las mujeres que llegan al centro y en ese sentido pues , en realidad pues hee hay equipo de atención integral dentro del módulo que es conformado pues por hee cada una de las funcionarias de cada institución, hablamos lo que es la psicóloga , la trabajadora social, la fiscal, la médica forense, la agente de investigación y la asesora legal, de esa manera se conforma un equipo de atención integral en el sentido de que manejamos y lógicamente respetamos los principios que tenemos como modulo y como centro como ser verdad, la autodeterminación, como ser la confidencialidad de los casos hee evitamos re victimizar a la usuaria y en ese sentido que ella relate su caso en un mismo momento y manejar un solo expediente con el equipo de atención integral para dar una mejor respuesta.

Entrevistador: ¿Que redes de apoyo toman en cuenta al momento de derivar Abogada?

Informante: Nosotras tenemos dentro de lo que es el módulo, cuando le hablo del módulo recuerde que hay cinco centros a nivel nacional, todo lo que yo le estoy mencionando nosotros de igual manera se trabaja en las demás ciudades entonces tenemos Ciudad Mujer lo que es Tegucigalpa, Choloma, San Pedro Sula, La Ceiba y Juticalpa, dentro de estos centros está MAPRODEM con la misma cantidad de funcionarias, con el mismo protocolo, los mismos servicios y los mismos procesos, hay un sistema de referencia y contra referencia que se elaboró con apoyo del BID porque recibimos bastante apoyo técnico por parte del BID, para la elaboración de instrumentos, para poder ir mejorando día a día nuestros procesos y en este sentido este sistema de referencia y contra referencia es exclusivo para MAPRODEM verdad, porque lo que permitió la construcción de este

sistema nos permitió elaborar un directorio de acuerdo a cada territorio porque quizás la institución x ejemplo la Fundación mujer que se llame una institución así talvez no esté en San Pedro y trabajamos con ella, por eso cada directorio se elaboró de acuerdo al territorio verdad y ese directorio comprende lo que es la institución externa, el contacto ya sea el número de la persona que esté encargada en esa institución o quien le va dar un apoyo a la respuesta de la usuaria, el teléfono, correo electrónico, dirección y esto pues se hizo un acercamiento con todas estas instancias para que fueran parte de este sistema, tenemos una ficha verdad, que también fue socializada todas las funcionarias de estas instituciones recibimos un curso virtual verdad para la parte del sistema de referencia y contra referencia que nos permitiera pues no solamente desligarnos de está usuaria sino que tener una retroalimentación por parte de esa instancia externa o un seguimiento por parte de la trabajadora social en llamar verdad a la institución y pedir información o la misma usuaria de cómo fue atendida o si en realidad le dieron respuesta, entonces si esa parte la hemos estructurado de la mejor manera y lógicamente al surgir nuevos actores que vamos identificando día con día según vallamos trabajando o según los acercamientos que tengan con nosotras los vamos agregando, entonces si nos ha servido mucho ese directorio porque ahorita mismo estamos trabajando en una plataforma virtual que se va llamar conecta que va ser servicios de atención de manera remota y van esos directorios allí para darle respuesta a la usuaria, entonces la verdad es un trabajo bastante bien amplio, y hemos tenido buena respuesta por parte de actores que hemos pedido o quizás un apoyo de desplazamiento o quizás un apoyo de casa refugio, quizás un apoyo en la parte educativa de sus hijos, quizás de alguna beca o de algún beneficio para formación de la usuaria en los cursos de INFOP en los cursos de educación que ella termine sus estudios, si hemos avanzado en ese sentido con la usuaria y tenemos bastante pues testimonios de usuarias que han salido adelante con todo el proceso que les hemos llevado lógicamente tiene que ver mucho su situación emocional verdad porque talvez pueden ser dos casos, tres casos o cinco casos sobre violencia doméstica y los asimilan de manera diferentes, vamos al paso de ellas van tomando sus decisiones, no les imponemos ningún proceso legal, ya que lo que nos interesa que ellas emocionalmente estén bien recupere esa parte emocional que conozca de sus derechos, y pues que decida ella más adelante.

Entrevistador: ¿De qué estatus son las usuarias que frecuentan el centro Abogada?

Informante: Mire para situaciones de violencia no hay ningún estatus, como me puede llegar una mujer con dos maestrías o me puede llegar una mujer que tiene su consultora, como me puede llegar una que no puede leer ni escribir, me puede llegar una que es trabajadora doméstica, trabajadora sexual, no hay ningún sector que yo le pueda mencionar, que quiere decir que porque existe pobreza es que hay más violencia allí pues no muchas veces hemos visto que en la sociedad, o porque tienen condiciones económicas, o un reconocido nombre o porque su familia es muy conocida en la sociedad mejor prefieren guardar silencio entonces no hay un estatus social, si manejamos un rango de edad porque si lo pedimos cuando ella llega que yo le podría decir entre los años que veinticinco a cuarenta hay más situación de violencia porque igual le puedo decir me han llegado señoras de sesenta y cinco años que han vivido treinta años con su esposo y hasta ese día ellas llegan para ser atendidas por una psicóloga o para que le expliquen un proceso legal o para ser parte de un grupo de autoayuda entonces no hay un tiempo establecido como bien puedo decirme que se casó hace dos semanas si me entiende el rango de edad talvez si se lo podríamos manejar pero no un estatus social, ni tampoco la mayoría de incidencia lógicamente de donde recibimos casos no es que no recibimos casos desde afuera porque me llegan casos de Santana de Ojojona, me llegan usuarias de Tatumbula de Comayagua de Intibucá, si lógicamente las que mayor numero recibimos las que están aledañas al centro porque se pueden ir caminando, como le podría decir la Villa Nueva verdad, le puedo decir la Kennedy, las Palmas, Residencial Honduras, la Joya, los Pinos pero no quiere decir que solo allí hay violencia sino que el acceso, verdad al centro, más o menos los centros están ubicados para poder captar diferentes municipios aledaños que en un rango de tiempo de una hora más o menos así se vio la demanda de usuarias, si están ubicados los centros en los lugares con más índices de violencia, los Centros de Ciudad Mujer si se hizo un estudio para saber cuáles eran los municipios más altos en violencia por eso esos centros son una razón de ser en esos municipios, Choluteca está en construcción en apertura en Junio, no ha parado la construcción pero no se puede hacer apertura porque no se ha dado el procesos de selección de las funcionarias, posiblemente para fin de año o para el próximo año a ver qué pasa.

Entrevistador: ¿Qué áreas se les fortalecen a las usuarias?

Informante: ¿En el módulo?

Entrevistador: Si Abogada en el Módulo.

Informante: El tema de derechos, empoderamiento de derecho, que va acompañado de los procesos legales buscando una salida a alguna situación de la usuaria hee psicología y trabajo social son las que trabajan el tema de derechos porque trabajan con citas verdad, ellas van agendando sus citas entonces la usuaria regresa, diferente a cuando es una asesoría legal que es de forma espontánea verdad, no hay una cita para la asesoría legal como puede venir hoy puede volver el otro mes, en la mayor demanda es en un orden es la psicología, trabajo social, y asesoría legal, verdad un poco aislado el tema de la denuncia porque no nos interesa que denuncie sino va ir a una audiencia, entonces lo que estamos haciendo es generando una estadística sin un resultado, nosotros nos aseguramos que ella pues tome esa decisión que al final si se va llevar a cabo la audiencia vamos a tener un resultado entonces pues, por eso trabajamos primero la parte emocional , como le decía va ir acompañada del empoderamiento de derechos, el grupo de autoayuda, la elaboración del plan de vida, los seguimientos de casos para que ella pueda retornar y enfocarnos más que todo en evacuar las necesidades que ella tiene que ella priorizara en ese sentido porque a mí no me beneficia en nada mandarla a ella que inicie un proceso de denuncia, si lo que me interesa es mejor que ella trate su salud, ya que talvez tiene cinco años de no hacerse una citología o talvez tiene tres años de no visitar una odontóloga o por el mismo estrés le ha generado un sobrepeso, prefiero yo enviarla donde la nutricionista que lo da el módulo de salud, allí en Ciudad Mujer, enviarla donde la ginecóloga preferimos preparar esa parte del plan de acción con ella para priorizar sus necesidades si usted nota cada caso lo abordamos de acuerdo a la necesidad de la usuaria, por eso la razón de ser de los grupos de autoayuda son diferentes de los grupos de auto apoyo, los grupos de apoyo tienen estructura definida, lo que llevamos a cabo son grupos de autoayuda.

Entrevistador.: ¿Qué otros temas le parecen importantes para investigaciones futuras sobre violencia?

Bueno en realidad todos son importantes para mi, pero si llama mucho la atención que las adolescentes están en violencia desde la corta edad de los trece o catorce años , eso es muy importante desde nuestras adolescentes, tanto hombres como mujeres, porque de qué me sirve a mi enseñar a la mujer que es lo que ella, cuáles son sus derechos, adonde puede acudir ella si al hombre no lo estamos educando, creo que la parte de los temas de violencia de lo que son los niños y las niñas, las adolescentes las mujeres en cualquier edad del ciclo de su vida habría que abordarlo con población mixta, no solamente con las mujeres, si hablamos de temas para fortalecer específicamente a un grupo de mujeres es muy importante esa parte de las señales que puede presentar un niño o una niña porque hay muchos casos de abuso sexual, verdad entonces donde la misma madre desconoce cuáles son esos signos o esas alertas y pues que el agresor el abusador es alguien cercano a la casa que convive allí que tiene acceso cercano a la casa estamos hablando más o menos de un ochenta por ciento más o menos, esa parte creo que nosotras la reforzamos con la usuaria,

nosotros reforzamos esa parte contra el maltrato por violación, las situaciones de abuso sexual, ese cuidado que debemos de tener más que todo creo que cada tema tiene su particularidad y por eso yo le digo todos son muy importantes, violencia doméstica no es que no haya es porque nuestra cultura lo ha vuelto una costumbre verdad que el hombre latino es machista y que la mujer latina aguanta con todo entonces hee ese patrón de conducta verdad también nosotras tenemos que decirle a las madres que es únicamente con las que tenemos acceso, por eso le digo yo tendríamos que incluir población mixta, hay un módulo de educación comunitaria pero nosotras desde MAPRODEM No tenemos ese acercamiento con la pareja de la usuaria entonces ese módulo de educación comunitaria ellas se mueven a lo externo van a centros educativos van a lo que son instancias de las comunidades en los municipios pero por ejemplo hay usuarias que nos han pedido a nosotras ustedes pueden hablar con mi esposo, yo quiero que usted lo que me dice a mí se lo diga a mi esposo y nosotras no tenemos ese servicio a ellos porque no es una consejería de familia, imagínese esa parte de solo trabajar con ella me impide a mí que ella pueda salir de esa situación de violencia porque por ese mismo sentimiento de culpa es con el que llega de primera entrada si yo no le hubiera dicho nada, los fines de semana que el toma y mejor no le reclamo yo le reclamé y por eso me pego, la parte de decirles que no podemos justificar todas estas situaciones de violencia, estamos hablando de una violencia doméstica, vámonos a una violencia intrafamiliar imagínese enseñarle a los hijos un maltrato hacia la mamá o hacia el papá, entonces hablamos de la violencia sexual para mí todas son importante y como le digo no todas las recibimos específicamente por una situación de violencia doméstica o de intrafamiliar, no cuando hablamos de violencia también es porque el vecino me agredió entonces ella llega preguntando qué puedo hacer hay que atenderla en la parte legal y decirle que puede hacer a donde ir , la violencia laboral, me despidieron porque estaba embarazada o me despidieron y no me dieron justificación entonces poder evitar para que a ella no le vuelva a pasar eso y ver si está dentro del tiempo para poder iniciar un proceso eso entonces ese es otro tema, entonces no podría dejar fuera ninguna tipología de violencia, nos han llegado casos de bulliing para que se haga una investigación en ese centro escolar.

Entrevistador: Abogada ¿ha atendido violencia en redes?

Informante: También la atendemos si es que nuestro protocolo le menciona violencia doméstica, violencia intrafamiliar, violencia sexual, violencia comunitaria, violencia laboral, violencia contra niños, niñas y adolescentes, Violencia contra niños, niñas y adolescentes abarca un numero de violencias, estamos hablando de los abusos especiales, maltrato por transgresión, estamos hablando de los que son esta parte de las redes y las mujeres adultas porque también les puede pasar, la pasamos con la fiscal para que le explique cuál es el procedimiento a seguir donde puede acudir o si se le puede tomar una denuncia porque muchas veces ella va por x razón pero no porque quiere denunciar , ejemplo ella llega y dice yo vengo porque quiero asesoría legal porque el papá de los niños no me da la pensión , cada vez que yo lo llamo me insulta, me fue a buscar al trabajo y me



agredió y me insultó y yo lo único que quiero es el dinero para mis hijos, entonces estamos hablando allí de un incumplimiento porque sí tiene que dar pensión, pero hay una violencia doméstica pero ella va por la situación de los hijos, entonces dice él siempre ha sido así conmigo entonces yo denuncie una vez pero no fui a la audiencia, entonces empezamos a averiguar si se le agoto el tiempo para poder iniciar un proceso nuevo, verdad darle las alternativas a ella entonces ella muchas veces llega por otras situaciones no porque yo las estoy sufriendo sino porque una tercera persona ya se metió, muchas veces van porque quien la insultó es la nueva pareja del exesposo pero no menciona todas las agresiones que ella talvez estuvo un mes atrás por parte de él , en ese sentido si abordamos aunque nosotras no evacuemos directamente pero si le decimos que hacer y a donde ir y hay un seguimiento y yo le digo mire va ir con esta referencia a tal parte y si no me la atendieron me viene a buscar o yo la llamo, entonces creo que esa parte ha hecho que ellas tengan confianza de nuestro sistema y retorne nuevamente por un servicio, entonces si tenemos bastante demanda de usuarias de manera como lo estamos haciendo.

### **ENTREVISTA 3; MUJER; 47 AÑOS; PICÓLOGA**

Entrevistador: Rosa P.

Sexo del Informante: Femenino

Edad de Informante: 47 años

Tipo de Informante: Psicóloga del Módulo MAPRODEM, Ciudad Mujer.

#### **Transcripción:**

Entrevistador: ¿Podría explicarme cuál es la función que usted realiza en su centro de trabajo?

Informante: Bueno para empezar soy funcionaria del INAM, asignada a Ciudad Mujer, al Módulo de Atención y protección de los Derechos de la Mujer que se llama MAPRODEM, ¿En qué consiste mi trabajo?, mi trabajo consiste en dar atención a las mujeres víctimas de violencia en sus diferentes manifestaciones ya sean físicas psicológicas y emocionales heee como le decía seda la atención integrada no tenemos barrera para darle la atención a la mujer, damos una atención integrada desde que la mujer ingresa a recepción, nos involucramos, nos turnamos ya que no tenemos una secretaria y desde la entrada se le brinda lo que es la atención a la mujer porque la mujer que visita nuestro modulo va a diferentes atenciones, algunas van a las demandas de alimentos, otras a demandas de divorcio, guardia y custodia, van por orientación psicológica o van a preguntar hee como

pueden hacer para denunciar y es donde nosotras les brindamos la atención integrada a la mujer.

Entrevistador: ¿Cuál es la condición física de las usuarias que sufren violencia cuando llegan al centro?

Informante: No es medible solo aplicándole un, solo al momento de la atención es cuando uno puede darse cuenta, en sus condiciones emocionales en algún momento porque van con una perspectiva de encontrar una respuesta a la situación que están viviendo a la problemática que en ese momento ya sea que están viviendo violencia de parte de su pareja o de parte de su novio o su esposo o sus ex pareja, entonces ellas primero preguntan qué pueden hacer pues, si están viviendo violencia doméstica, se le explica todo el proceso que pueden hacer, que va pasar, se le explica si tiene miedo nosotras le damos apoyo, que la mandamos a dejar a su casa, igual hay instituciones de enlace en las cuales puede ser remitida mientras dura el proceso de la denuncia y se llevan a cabo las audiencias en los juzgados que corresponden.

Entrevistador: En cuanto a lo emocional ¿que observan ustedes al momento de llegar la usuaria a buscar ayuda?

Informante: Por mi experiencia le voy a decir que las mujeres son abiertas desde el momento que llegan a ciudad mujer, porque desde entrevistas iniciales que se llama el PRI es donde la funcionaria, que hay psicólogas dentro de la atención inmediata inicial ya ellas llegan como un poquito fortalecidas verdad aunque al momento de que las estoy atendiendo estamos hablando de mi de mi experiencia es brindarle primero esa confianza de que ella no está sola que desde el momento que ingresó a Ciudad Mujer va tener una respuesta en la atención o la problemática que ella está viviendo en esos momentos, entonces la mujer poco a poco se va sintiendo como en casa, sintiendo protegida y ya poder salir con las orientaciones que se le brindan y la mejor decisión que ella puede tomar, verdad con todas las orientaciones brindadas para la protección de ellas.

Entrevistador: ¿Con quién llegan estas usuarias a buscar ayuda cuando son remitidas?

Informante: Bueno en algunos casos las mujeres llegan solas y en otros casos van acompañadas de una vecina de una amiga, una que ya ha sido usuaria de Ciudad Mujer, y

ya llevan una orientación previa, mira yo llevé, yo fui yo tuve esta experiencia porque ya van bien empoderadas cuando llegan solas es porque escucharon en los medios de comunicación, porque la vecina les contó y llegan de esa manera, en algo otro momento van acompañadas por las instituciones o ONG, hemos tenido que nos acompañan de los centros de salud, algunas adolescentes cuando tienen una problemática de violencia o abuso sexual van acompañadas de una orientadora de un instituto heee a veces de los hospitales también y de algunas ONG, asesoras de los derechos de las mujeres, también ella las acompaña para que la mujer no se sienta sola ,hay una institución que la acompaña y ella puede tomar sus decisiones a la par de la persona que está dándole esas palabras de aliento esas fortalezas que necesita ella para tomar la mejor decisión.

Entrevistador: ¿Qué tipos de violencia es más frecuente en las usuarias que llegan al centro?

Informante: Pues fíjese que es la violencia psicológica porque es la que no se mira, de repente la mujer llega por una demanda de alimentos y cuando nos toca atenderla o en mi caso cuando me toca atenderla me dio cuenta que atrás de que el hombre es irresponsable con sus menores hijos, ella está viviendo violencia psicológica porque es la que no se mira verdad, y al momento en el que uno inicia la entrevista con ella donde le está dando la información que debe de hacer para iniciar el proceso es cuando la mujer entra en crisis y es allí cuando me doy cuenta que va más allá de una demanda de alimentos que primero hay que empoderarla de sus derechos que conozca sus derechos para que pueda hacer una acción a la par de la demanda de alimentos y pueda salir de la situación en la que está viviendo.

Entrevistador: ¿Qué condiciones de vida tienen las usuarias que visitan el centro?

Informante: Van de los dos medio y bajo, unas porque son remitidas, las de estatus medio son remitidas de la Corte y otras son del entorno, tienen bastantes limitantes las usuarias gracias a Ciudad Mujer donde se les brinda la atención integral porque no solo es nuestro modulo también hay otros módulos donde se les brinda en los cuales se les da la atención a la mujer por ejemplo, para que la mujer pueda ser emprendedora, existe un Módulo de Autonomía Económica, y nosotras las remitimos a ellas para que le den la atención que corresponda y ellas puedan lograr emprender un pequeño negocio, entonces sus

condiciones son bastante limitadas en su mayoría, hay un porcentaje que no es medible verdad, más la situación que estamos viviendo por lo de la pandemia, hee tenemos que hacer tantas cosas por las mujeres para que salgan de esa situación porque la violencia la lleva a otro nivel en las cuales ellas, ahorita no hay trabajo, no hay oportunidades para ellas y están sometidas a su pareja a su esposo entonces viven una situación bastante difícil las mujeres.

Entrevistador: ¿Qué porcentaje más o menos de las usuarias requieren asistencia psicológica?

Informante: El, yo creo que el noventa y cinco por ciento de las mujeres porque aunque algunas no se dan cuenta o no quieren porque dicen que los psicólogos son para los locos verdad, pero cuando uno les explica que somos para acompañar que no tengan miedo porque es el miedo a que me van a descubrir un trastorno y yo no quiero tomar medicamento o algo así, pero cuando nos damos cuenta y les damos esa confianza para que ellas puedan manifestarse se dan cuenta y cambian su perspectiva hacia nosotros, hacia lo que es la atención psicológica emocional y si la mayoría de las mujeres necesita atención psicológica, las que llegan a nuestro modulo y a otro módulos porque de los otros módulos le decía son seis módulos trabajamos con dieciséis secretarias de Estado, nos remiten usuarias porque al momento ellas darles la atención se dan cuenta de que están sufriendo violencia, y les entran en crisis entonces son remitidas a nuestro módulo.

Entrevistador: Licenciada ¿qué diagnósticos en relación a las atenciones que ustedes hacen a las usuarias y en relación a la salud mental son más frecuentes?

Informante: Nosotras para empezar no damos un diagnóstico como decirle a la mujer usted es depresiva, usted es pero así viendo todo el trabajo que hacemos en pro de las mujeres y dándonos cuenta que a raíz de la violencia podría darse un posible diagnóstico, problemas de ansiedad, estrés, de hecho que algunas de las usuarias manifiestan que ya son atendidas en el Mario Mendoza, que ya tienen un diagnóstico no es la mayoría, a ellas si las motivamos para que siga con el tratamiento que algunas lo dejan y que a raíz de que dejan su tratamiento vuelven a caer en el problema de salud emocional y mental y es allí donde las volvemos a remitir al centro donde corresponde ya sea el hospital Mario Mendoza o Santa Rosita, y en mi caso personal yo estoy muy pendiente y la llamo ¿ya fue al hospital?,

tenemos muy buenas relaciones con los funcionarios de esas instituciones hacemos enlaces para que atiendan a esas mujeres y en esta época de pandemia las motivamos a ellas para que vayan a renovar sus citas o que les den sus medicamentos, pero si hay un porcentaje equis que están pasando por el problema de la depresión que aún no se les ha diagnosticado que no se les puede decir valga la redundancia que es depresiva no porque ella puede salir de la depresión y esto le surge por toda la situación de violencia que ella ha estado viviendo no solo por meses sino por años esperando a que la persona cambie verdad y vivir violencia porque la mujer no toma decisiones porque que tiene dependencia económica o dependencia emocional hacia la pareja y si es bien difícil que viven las mujeres y diagnosticarlas tratamos de no hacer eso en lo personal no lo hago trabajo con ella a la par para que ella pueda salir de esa situación de ansiedad o estrés que está viviendo.

Entrevistador: ¿Ustedes tienen algún protocolo para tratamiento de las usuarias que presentan depresión específicamente?

Informante: Si claro se le da la atención, se le dan citas y tenemos un protocolo se refiere cuando conocemos que va más allá de una psicoterapia, se le dan citas según la situación que ella esté viviendo y cuando miramos que se han agotado las instancias es cuando se remite al especialista porque de repente necesita medicamento para bajar la ansiedad bajar la depresión, tenemos el otro Modulo de Salud, donde están las colegas trabajando, recuerde que nosotros no somos médicos para recetar y es allí donde nosotros tenemos los enlaces para remitirlas a ellas para que puedan mejorar su situación.

Entrevistador: Licenciada ¿qué servicios referentes a la asistencia psicológica brinda el centro?

Informante: La atención individual, la atención en situación de crisis, tenemos los grupos de autoayuda, en los cuales es un espacio confidencial, es un espacio donde las mujeres desahogan donde la experiencia de una le ayuda a la otra se dan cuenta que el problema de ella es menos que el problema de otra, en lo personal atiendo tanto a la mamá o a la usuaria a la mujer atiendo a sus niñas ya sean adolescentes o menores de edad, o la remito al mismo centro, hay un módulo que atiende menores y es una psicóloga también, estamos conectadas miramos que la situación de la mujer se trabaja en conjunto porque para mí la recuperación no es solo trabajar con ella la parte emocional sino que también trabajar con la

familia, de hecho hay momentos en los que la mujer dice fíjese que yo quiero que mi esposo también pueda recibir terapia pero nosotros no atendemos varones , no atendemos hombres entonces los remitimos a Médicos sin Fronteras porque ellos si dan la atención integrada entonces yo le doy las técnicas a ella para que las comparta con su pareja, su esposo o su novio, es agradable cuando la mujer regresa a su cita y dice “Licenciada me ha funcionado la técnica”, y dice que sí va a continuar y fuimos y ya hicimos la cita en el Alonzo Suazo que allí atiende Médicos sin Fronteras o si el esposo tiene problemas alcohólicos lo remitimos a IHADFA, a mí me alegra cuando la mujer dice fíjese que él está recibiendo terapias, o si denunció fíjese que está yendo a las consejerías, también eso es bien importante entonces ese es el trabajo que hacemos darle la atención integral a la mujer y se me escapa otros en este momento, pero si la atención es integrada, es que mi objetivo es que la mujer se empodere de sus derechos y tome las mejores decisiones para que pueda vivir una vida libre de violencia.

Entrevistador: ¿Cómo es la actitud de las usuarias al momento de remitirlas a un proceso psicológico?

Informante: Mire es diferentes actitudes, yo no necesito una psicóloga yo no estoy loca, es allí donde entramos y le damos confianza, mire no somos solo para locos, no la mandan porque este loca, la mandan para que se empodere y conozca sus derechos, yo soy la que les pregunta ¿Conoce sus derechos? Y se quedan como en stop, y si dígame alguno de ellos y dicen no me acuerdo y le digo uno de ellos es vivir una vida que nosotras las mujeres, niños y hombres y más que todo nosotras las mujeres tenemos derecho a vivir una vida libre de violencia, a que nos respeten a tomar nuestras propias decisiones y ya se les va bajando una prepotencia como “no sé para que mandaron aquí yo soy la violentada, él fue quien me violentó y me mandan aquí para que reciba terapia, igual cuando están en el grupo de autoayuda ellas ven que valió la pena estar allí, entonces en el caso de las que llegan que no quieren recibir asistencia psicológica, ya cuando les damos una primera atención le explicamos cómo es el proceso yo le explico algunas técnicas, luego las invito al grupo de autoayuda, las que no pertenecen yo las invito para que conozca la situación de miles de mujeres no solo ellas, y para no hacerle largo la historia algunas no se quieren ir después y toman decisiones las cuales no pasaban por su cabecita al hacerlas, Licenciada voy a demandar mi esposo gana tiene un empleo formal y él gana bien y solo me da tanto.

Entonces el grupo es para eso para que ellas se empoderen y dan las gracias, como le decía no se quieren ir después, y eso a nosotras nos satisface como psicólogas, como mujeres también de poder orientar a la mujer para que ella logre y tome la decisión de denunciar para que le favorezca a ella como a los hijos e hijas hacemos ese trabajo yo en lo personal disfruto hacer lo que hago si, desde mis veinte años atiendo a mujeres, niñas y niños.

Entrevistador: ¿Qué redes de apoyo toman en cuenta ustedes para la recuperación emocional de las usuarias?

Informante: Perfecto, en primer lugar tenemos lo que son los grupos de autoayuda, cuando estamos ya presencial tenemos cuatro grupos de autoayuda, los lunes de dos a cuatro de la tarde son de dos horas, los martes de dos a cuatro, los jueves de diez a doce y los viernes de diez a doce, yo los manejo el lunes y miércoles y la otra colega los martes y los jueves, heee para empezar lo hacemos en Ciudad Mujer, también lo hacemos en las redes de apoyo que le decía yo al inicio que somos dieciséis secretarías de Estado y están para apoyar y ayudar a la mujer, en las cuales tenemos salud, tenemos INFOP, tenemos educación, tenemos el Ministerio de Trabajo, el Registro Nacional de las Personas, tenemos el Consultorio Jurídico, en nuestro Modulo MAPRODEM, Modulo de la Protección de los Derechos de la Mujer, tenemos la Policía Nacional, la Policía Preventiva, y Medicina Forense y la Fiscalía, la mujer tiene todo integrado en ciudad mujer quiero decirle que cuando esa mujer nos llega a denunciar a nuestro modulo al momento de la denuncia ella no está sola, al momento de denunciar la fiscal, que es la protagonista de la denuncia es la que dirige, está la trabajadora social, al momento que la mujer está interponiendo la denuncia está la gente de Investigación la de la DPI, una psicóloga y la asistente de la fiscal, porque razones estamos todas, previo se le informa a la usuaria que por qué estamos todas, el objetivo es para no re victimizar a la usuaria, y si en el momento que interpone la denuncia, está infraganti que el hombre la golpeo hace unas horas entonces la fiscal da la orden de que lo vayan a detener a él, si la mujer dice que tiene miedo de ir a su casa en ese momento tenemos conexión con las casas refugio, y nos conectamos para ver si hay un espacio, se le da una copia de la denuncia a la directora de la casa refugio porque es el requisito que la mujer denuncie y nosotros le damos todo el acompañamiento hasta que la mujer sale de esta situación , es más en estas casas refugios hay una trabajadora social una psicóloga y se les da psicoterapia, cuando la mujer regresa que pasa un mes dos meses el

juez le aconseja que vaya a recibir consejería, y en el término de dos meses igual está dentro del grupo de autoayuda que es donde la mujer se empodera y el cambio que tienen las mujeres cuando se les brinda todo este acompañamiento, no lo creemos a veces, lo primero es que se deje ayudar porque nosotras le decimos haga, nosotras la orientamos le damos todos los recursos necesarios para que ella pueda tomar las mejores decisiones. Luego dependiendo el caso hacemos remisiones, tanto internas y hacemos también referencias externas como le decíamos si tiene problema de alcohol, Si es una mujer que no tiene recursos, y tiene niños pequeños está San Juan Bosco tiene un lugar donde atienden niños pequeños se remiten los niños para educación se van a dejar los lunes y se recogen los viernes por la tarde, donde tienen salud, educación, toda una atención integral. La mujer saca cursos en Ciudad Mujer, es un programa bien bonito, es bien satisfactorio los resultados que tenemos apoyando a la mujer.

Entrevistador: ¿A parte de la atención psicológica que otras áreas se le fortalecen a la mujer?

Informante: A parte nosotras damos lo que es atención legal, en nuestro modulo esta lo que es el equipo integrado heee como le decía si ella no sabe leer ni escribir como le decía esta educación donde ella puede iniciar su primer grado donde ella puede sacar su primaria, sacar un bachillerato están los cursos de INFOP, en los cuales hay talleres vocacionales sino sabe leer aprenderá siempre , sobre todo en primer lugar lo que hacemos como psicólogas o en mi caso particular es remitir a la mujer a salud, porqué razón lo último que hacen para cuidarse para protegerse y entonces yo les digo vamos a registrar nuestro cuerpo, yo las acompaño y hablo con la directora general del módulo y le digo que ellas necesitan un examen de orina, hay ginecólogas, hay odontólogas luego la mujer agradece. Porque le podemos ofrecer muchos servicios pero de repente por la situación que está pasando ella no lo va a tomar si mi interesa o si quiero, se remiten según la necesidad inmediata que presente.

Entrevistador: ¿Cuál es el objetivo general que tienen ustedes como servidoras públicas del área de psicología?



Informante: Nosotras tenemos un protocolo que hay indicadores que le voy a decir que nuestro objetivo se cumple, vamos más allá de un indicador, yo me siento muy satisfecha por el resultado que tenemos no por el número ya que a veces solo son números.

El objetivo es que la mujer se empodere que salga delante de esa situación de violencia que está viviendo que tome las mejores decisiones, yo soy de las que siempre contesto y actué inmediato, a título personal soy muy entregada con lo que hago.

Entrevistador: Licenciada generalmente ¿quiénes son los agresores según su experiencia?

Informante: Casi por dar un porcentaje, en un noventa y ocho por ciento los hombres, aunque también hay mujeres agresoras, yo atiendo casos que los Hombres la denunciaron a ella y me da gusto cuando atiendo ese tipo de usuarias y les explico cuáles son sus derechos y que no es saludable generar violencia. Algunas son pacientes psiquiátricas ya por que toman alcohol, drogas y eso suma la violencia, le suma a su condición emocional, he remitido usuaria que están bien ya porque yo siempre las llamo para ver como están.

#### **ENTREVISTA 4; MUJER; 29 AÑOS; PSICÓLOGA**

Entrevistador: Rosa P.

Sexo del Informante: Femenino

Edad de Informante: 29 años

Tipo de Informante: Psicóloga del Módulo MAPRODEM, Ciudad Mujer.

#### **Transcripción:**

Entrevistador: ¿Podría explicarme cuál es la función que usted realiza en su centro de trabajo?

Informante: Bien primero antes de contestarle su respuesta Rosa, no sé si ya le había dicho la Abogada el Modulo se llama MAPRODEM, que es el Modulo de la Protección de los Derechos de la Mujer, el módulo está constituido por cuatro Instituciones nosotras pertenecemos al INAM, Esta lo que es el Ministerio Publico, donde la usuaria puede poner denuncia por violencia doméstica o puede ser por intrafamiliar, si la usuaria llega porque algún vecino la agredido y quiere poner denuncia no es permitido y la referimos al Core

Siete, ¿por qué razón?, porque el Modulo solo recibe denuncias por violencia doméstica o intrafamiliar, Tenemos lo que es el Consultorio de la Universidad Autónoma, donde puede ir la usuaria más que todo por asesoría legal, puede ir a poner una demanda de alimentos o un divorcio, herencia, terrenos etc, también tenemos la Policía Preventiva lo que las policías hacen más que todo es en el acompañamiento de la denuncia del Ministerio Publico. Bueno voy a contestarle a su pregunta nosotros más que brindamos la atención a la usuaria que esté viviendo violencia y se le brinda, una atención inmediata en ese momento la orientamos más que todo en el problema inmediato que ella esté pasando más que todo en empoderándola de sus derechos, que conozcan mejor sus derechos que no pueden estar sufriendo una violencia, recordarles que estamos para servirles en ese momento.

Entrevistador: ¿Cuál es la condición física de las usuarias que sufren violencia cuando llegan al centro?

Informante: Bien por lo general llegan usuarias en crisis, golpeadas llegan también entonces en esa parte más que todo las usuarias que llegan al módulo es por crisis o golpes que han tenido un día anterior o que todavía está dentro de las veinticuatro horas, donde se le puede tomar la denuncia en el momento, recordemos Rosa que en Ciudad Mujer, en recepción también se les hace un tamizaje a la usuaria donde el tamizaje son unas preguntas que van dirigidas lo que es la violencia, entonces desde allí, ellas pueden ir por una atención médica o como es primera vez , ellas pueden decir el tipo de violencia que estén pasando, puede ser violencia doméstica, violencia Física, psicológica y es allí donde son referidas a nuestro módulo.

Entrevistador: ¿Con quién llegan estas mujeres al momento de llegar a solicitar ayuda?

Algunas usuarias llegan acompañadas por su familiar, por su vecino por su amigo, pero la verdad algunas llegan solas. Algunas usuarias son referidas de otras instituciones, como ser Médicos sin Fronteras, SDM, casa refugio, Centro de salud de los pinos también, y llegan con orientadoras del colegio más que todo son adolescentes.

Entrevistador: ¿Qué tipo de violencia es más frecuente entre las usuarias del centro?

Informante: La más frecuente es la violencia Psicológica y tanto la violencia física, pero la más frecuente que atendemos es la psi psicológica verbal.

Entrevistador: ¿Qué porcentaje de las usuarias atendidas requieren asistencia psicológica?

Informante: Por lo general Rosa la mayoría el noventa y nueve por ciento, solo que algún momento hay usuarias que se niegan a la atención, puede ser como le digo , hay usuarias que no llegan por asistencia psicológica sino por asesoría legal por poner una demanda de alimentos, un divorcio, recordemos que una demanda de alimentos es una persona preocupada estresada y es allí donde nosotros lo hemos dicho es allí donde necesita una atención pero son personas que se niegan también, y dice no yo no vengo a una atención yo vengo a asesoría legal.

Entrevistador: Licenciada Cuénteme ¿qué diagnósticos en relación a las atenciones que ustedes hacen a las usuarias y en relación a la salud mental son más frecuentes?

Informante: Más frecuente hemos tenido usuarias con depresión, usuarias con ansiedad, con insomnio, también con estrés, negación es un mecanismo de defensa, usuarias con miedo, culpables más que todo dependen de los demás y falta de autoestima.

Entrevistador: ¿Qué servicios psicológicos se les brinda a las usuarias en el Módulo?

Informante: Se les brinda la atención psicológica, situación en crisis, asesoría legal, también realizamos los grupos de autoayuda, son referidas de la corte, del juzgado, pero ellas ya están sufriendo violencia pero al referirlas a los grupos que es un castigo para ellas, pero después Rosa nosotras porque también estamos en la parte de recepción, cuando tenemos un espacio libre nosotras también estamos en recepción. En el momento cuando estas están con esta negatividad se sientan molestas cuando ya les empiezan a explicar lo de los grupos de autoayuda se ponen molestas, pero cuando escuchan a las demás usuarias el testimonio o el caso ya se sienten con más confianza porque saben perfectamente que todas las que están en el grupo están pasando la misma violencia o porque quizá las pasaron.

Entrevistador: ¿Qué redes de apoyo toman en cuenta ustedes para la recuperación emocional de las usuarias?

Informante: Redes de apoyo viene siendo la familia, los amigos, los vecinos, otras organizaciones que le digo, unas vienen solas pero otras vienen acompañadas de sus familiares, vecinos y amigos, pero por lo general las usuarias que llegan solas totalmente

solas, porque son ellas las que han escuchado en las noticias en la televisión o en las redes también de Ciudad Mujer y es allí donde ellas se animan a que quieren recibir una atención psicológica.

Entrevistador: ¿Qué condiciones de vida tienen las usuarias que visitan el centro?

Informante: El estatus esta entre medio y bajo, como dice confidencialidad, pero si témenos usuarias que son Doctoras, Abogadas y también son alumnas de la Universidad, psicólogas también, ya ese es un rango alto, pero sobre todo llegan entre un rango medio y bajo.

Entrevistador: ¿A parte de la atención psicológica que otras áreas se le fortalecen a la mujer?

Informante: La asesoría legal, cuando la usuaria que llega y ya hemos tenido bastantes sesiones Rosa, nosotras las motivamos al autocuidado en ellas a seguir adelante, a decirles que no están solas, hay usuarias que pueden recibir cursos de INFOP, hay usuarias que por la falta de lo económica no pudieron seguir estudiando las referimos al MAE, Módulo de Autonomía Económica, para fortalecer sus habilidades en esa parte. Yo les comentaba cuales son los talleres que dan en el INFOP, ellas se motivaron y nos sentimos orgullosas de ellas porque alguna vez pensaron que el mundo se les venía encima y pudieron superarlo.

Entrevistador: ¿Cuál es el objetivo de ustedes como psicólogas en el Módulo?

Informante: Por lo general si logramos el objetivo; el objetivo es Brindar una asistencia psicológica a las usuarias para que ellas se puedan empoderar, conozcan sus derechos, hay usuarias que llegan viviendo una violencia hasta por cuarenta años, y es allí donde nosotras las motivamos, y les explicamos el proceso de la denuncia tiene que finalizar el proceso y es allí donde algunas no deciden la asistencia allí en el momento, esperan un tiempo dependiendo las sesiones y ellas van comprendiendo los tipos de violencia doméstica y les explicamos el ciclo de la violencia ellas como que caen en la razón, pero el haber vivido tantos años en violencia lo ven normal, porque se acostumbraron a que las estén humillando, les digan que no valen como mujer que no son nada, y entonces allí la violencia que están viviendo, por eso nuestro objetivo si lo logramos exitosamente, porque

después de las sesiones en la segunda sesión llega a poner denuncia pero no la ponen porque ellas dicen las tantas veces que perdoné, con la orientación que reciben.

### **ENTREVISTA 5; MUJER; 41 AÑOS; TRABAJADORA SOCIAL**

Entrevistador: Rosa P.

Sexo del Informante: Femenino

Edad de Informante: 41 años

Tipo de Informante: Trabajadora Social del Módulo MAPRODEM, Ciudad Mujer.

#### **Transcripción:**

Entrevistador: ¿Podría explicarme cuál es la función que usted realiza en su centro de trabajo?

Informante: Yo trabajo en el Módulo de Atención y Protección de los Derechos de la Mujer, en Ciudad Mujer, allí lo que hace la trabajadora social es darle seguimiento a los casos orientar a la usuaria, estoy dentro de la entrevista, cuando la usuaria va a denunciar yo hago la entrevista inicial, en esa entrevista inicial identifico cuales son los riesgos que ella tiene, en base a esos riesgos identifico con la usuaria los riesgos que ella tiene, si ella durante la entrevista la narrativa que ella hace, yo tengo miedo porque yo estoy aquí y no se tengo miedo regresar ando con mis hijos entonces, inmediatamente me dice algo a mí que esta mujer necesita casa refugio donde esté protegida entonces se lo ofrezco el servicio le hablo de sus derechos porque muchas mujeres no conocen sus derechos, entonces allí en ese momento ella me dice sí lo acepto quiero ir a casa refugio, obviamente antes de hacer la gestión, coordinación para que ingrese a casa refugio, le leo los requisitos para que ella este allí entonces en algunos casos ella me dice no mejor no, ok encontremos otro aliado estratégico, otro aliado u otra red de apoyo que a usted me la pueda apoyar, tiene algún familiar donde usted se pueda ir, sí o no, si tiene un familiar pues buscamos como transportarla, darle acompañamiento a ella, busco el acompañamiento o si es posible voy verdad le doy el acompañamiento y si en ese momento estoy con mucha carga de trabajo pues solo consigo el acompañamiento con la Dirección Policial de Investigación la DPI, que es la que nos acompaña o solicito transporte en Ciudad Mujer para ir a dejar a donde

ella considere que va estar segura porque mi objetivo es salvaguardar sus integridad física, y mental entonces luego yo le doy seguimiento esa es una de las áreas en las que trabajo, otra de las áreas es la orientación que les doy hay personas que cuando llegan allí y ellas dicen que está pasando “yo no vivo violencia”, a mí él solo me insulta me dice hija de p y basura, pero no es que él así es, entonces la oriento y le digo mire a eso se le llama Violencia psicológica, existen, le hablo de las tipologías de la violencia física, psicológica, sexual, patrimonial, económica, el ciclo de la violencia, de repente las consecuencias de la violencia, que hacer a donde ir, cuáles son sus derechos; en toda esa área trato de empoderarla en sus derechos verdad, otra de las cosas muy importante que realizo con ellas un plan de vida una vez que ellas están con las psicólogas verdad, posteriormente ellas vienen conmigo, realizamos un plan de vida que puedan identificar sus fortalezas sus debilidades y que puedan adquirir nuevas herramientas para que ellas puedan salir adelante y entonces en el plan de vida trabajamos el área económica vemos como ella está económicamente, en algunos casos si me toca remitirla otra institución para que me le hagan un préstamo, en Ciudad Mujer tenemos el MAE, por ejemplo hace que hace el emprendimiento económico de la usuaria en donde le da un crédito solidario, entonces depende la habilidad, no Licenciada yo no sé hacer.., ¿cuénteme que sabe hacer usted?, entonces ella me dice mire que hago flores, mire que hago tarjetas, hago pan, hago pasteles, y mire todo lo que usted sabe entonces impulso a estas mujeres para que se desarrollen para que en la parte educativa, si no saben leer las mando a que aprendan a leer, porque hay alfabetización en Ciudad Mujer, una vez que ella viene digamos en ciclo o la que no ha terminado sexto grado realmente es consensuado le hago conciencia que es necesaria la educación y entonces ella dice si yo voy, para mí es satisfactorio que cuando ella llega dice mire Lic mire lo que saque, saque este curso saque este otro, mire ahora pongo uñas, mire me acabo de ganar cien lempiras; excelente entonces eso la va motivando a ella y le está diciendo sos capaz de hacerlo, puedes salir adelante, entonces abordo también la otra parte que es la familia muy importante y fundamental, como este proceso de violencia que ella está viviendo, como le está contribuyendo con la familia, pues los hijos la están culpando de lo que está pasando en algunos casos sí, entonces ¿qué debemos hacer?, es necesario hablar con estos niños entonces hablamos el aspecto de familia, el aspecto espiritual, sanación de heridas, es un proceso que hago a través de un taller, un taller que dura tres horas, le doy a aproximadamente quince usuarias, en ese taller porque tenemos bastante

demanda verdad, y posteriormente les hago la atención individual allí es donde toco todos los aspectos de los que le estoy hablando, entonces el plan de vida a mí me permite poderle conocer a ella y que ella se auto conozca y que ella pueda ver una línea de acción hacia donde pueda seguir es como le digo hoy inicia su vida , usted comienza una nueva vida, hoy comienza a vivir una nueva historia, y ellas comienzan a decir es cierto Licenciada. También identifico riesgos que ellas puedan tener, incluyendo la familia verdad, hay casos que me dice mire Licenciada él me asfixia no deja marca no deja nada, no deja huella, pero esta mujer está en riesgo; pero ellas lo hacen bien personalizado, entonces esas son de las muchas funciones que realizo verdad.

Entrevistador: ¿Licenciada estas mujeres van primero a la atención psicológica y posteriormente pasan por la atención que usted brinda?

Informante: Generalmente así es pero hay excepciones.

Entrevistador: ¿Cuál es la condición física de las usuarias que sufren violencia cuando pasan primero por la atención que usted brinda?

Informante: Bueno condiciones físicas algunas tienen discapacidad, verdad, otras tienen problemas de lenguaje, entonces en algunos casos nos ha tocado que tenemos niñas que están en riesgo obviamente anda su mamá, ella nos ayuda a saber que nos está diciendo, las condiciones físicas lo que yo veo en ese momento algunas llegan, van enojadas algunas por ejemplo cuando van del juzgado, entonces ellas se sientan como si las están castigando, se sienten de esa manera en ese momento, entonces se le explica que no es así, algo otras van furiosas de ver de qué se trata, otras van cohibidas, y otras van violentas, van así como enojadas con la vida pero obviamente nosotras nos encargamos de hacerle ver que eso cambia, que eso es diferente ya después no se quieren ir del módulo cuando reciben la atención, hay cuando nosotras veníamos así pero es todo totalmente diferente, entonces cuando ellas reciben este proceso de atención entonces cambian.

Entrevistador: ¿Cuál es su condición mental?

Informante: Son diferentes manifestaciones, ellas se manifiestan enojadas, tristes incluso algunas aparentan estar alegres, una alegría ficticia entonces hay muchas formas no hay y

uno todo eso lo va observando en ella. No precisamente que ellas van tristes por decirlo así, intimidada no.

Entrevistador: ¿Con quién llegan estas mujeres al momento de llegar a solicitar ayuda?

Informante: Hay un filtro de entrada, Ciudad Mujer estamos bien nuestro lema es calidad y calidez, la usuaria llega a lo que es recepción primero, al caso que es de nuestro conocimiento que va llegar una persona, que es víctima de violencia sexual y nosotros tenemos códigos para identificarlas, si la usuaria desde el momento le dice a la recepcionista que viene a poner una denuncia o ya es de nuestro conocimiento de MAPRODEM, verdad entonces nosotras le decimos a la compañera que está en recepción que nos la pase esa usuaria que no le vayan a hacer la entrevista inicial o sea en recepción porque recepción identifica cual es el servicio que esta usuaria requiere, por ejemplo esta usuaria llega para cursos de INFOP, por ejemplo pero en la entrevista se identificó que esta usuaria está viviendo violencia, entonces a esta usuaria también a nosotras nos la remiten como MAPRODEM, pero por ejemplo si es código uno, es violencia sexual ellas inmediatamente las pasan con nosotras para que evitar la revictimización, si la usuaria viene decidida a denunciar, la tomamos la denuncia y la abordan las psicólogas, si ellas están ocupadas me toca a mí verdad, a veces atiendo mujeres en crisis y la idea es que ella debe estar preparada para poder denunciar si ella así lo considera, entonces ella llega o a veces son casos de niñas que las identifican en el módulo de adolescentes por ejemplo, a nivel interno hay referencias inter modulo, del módulo de adolescentes a mí me refieren adolescentes escrito, nos explican de que trata el caso, y dicen que servicio ella requiere, servicio psicológico y social verdad, porque identifico la psicóloga del módulo de adolescentes que ella está en riesgo, o que se están vulnerando los derechos del niño por ejemplo y en el módulo infantil de repente pueden observar que el niño está teniendo conductas de que está viviendo violencia en su entorno, entonces pues en este caso cuando la mamá va a traerlo se le hace saber, entonces hay un orden verdad, siempre hay un orden que llega a recepción inicial, de atención inicial la derivan a los módulos al servicio que ellas han identificado en la entrevista que le hicieron obviamente hay unas usuarias que algunas ya vienen y dicen yo vengo a asesoría legal, es el módulo de nosotras también, las que vienen directamente conmigo, me dicen yo vengo... hablemos que esta mujer está viviendo violencia comunitaria donde las maras o pandillas me la quieren sacar de la casa o



ella se vio involucrada en un caso legal y su vida corre peligro pues sirvió de testigo o en todas esas áreas, entonces está usuaria me la refieren a mi porque identifican que esta usuaria lo que tiene es riesgo posteriormente una vez que yo la atiendo identifico cuales son las líneas de acción obviamente consensuado porque nuestros principios es la confidencialidad, y la autodeterminación donde ella decide yo le digo mire la puedo ingresar a este lugar, puedo enviarla aquí, le digo mire tengo una institución donde me le ofrecen desplazamiento interno, mire me la pueden mover de donde está, ¿Usted quiere eso?, si yo quiero eso, entonces yo llamo, me contestan y me preguntan allí está la usuaria y les digo si aquí esta!, hay casos que me responden de acuerdo a la emergencia, entonces me la van a traer allí, guardando siempre su vida manejamos todo ese esquema , esa ruta verdad, con mecanismos de confidencialidad, tratar de salvaguardar la vida de esa mujer. Un dado caso que a mí me remitan porque me refieren de otros módulos directamente a trabajo social ¿por qué?, porque digamos identificaron que estas niñas están siendo vulnerados sus derechos, que está viviendo violencia por parte su mamá ya sea verbal psicológica, o física, esta adolescente así está cuando ella llega pues yo le atiendo, si la mamá es la que la está maltratando, llamo a la mamá para que podamos hacerle ver que lo que está haciendo es sancionado y que esta DINAF, verdad que puede ocuparse de la adolescente, porque razón que está pasando verdad, algunas niñas no quiero que mi mamá venga porque mire yo no quiero esté hablando con ella, pero yo busco un medio o mecanismo o estrategia de manera que ella vea no se dé cuenta que estuve con sus hija, el objetivo mío es hacerle saber que sucede cuando se le están vulnerando los derechos al niño, entonces ellas quedan sorprendidas y me dicen mire Licenciada yo estoy haciendo eso con mis hijos pero no quiero que me los quiten y entonces yo le digo ok usted va iniciar un proceso de atención que es lo que usted puede hacer, por ejemplo en el aspecto familia en el plan de vida puedo identificar si la usuaria tiene hijos, que tienen problemas de droga por ejemplo de alguna adicción, entonces le digo mire están estas instituciones donde usted puede acudir, y puede recibir ayuda apoyo entonces tratamos de ver un todo de la mujer porque la mujer es la base, es la que lleva todo en la casa, si nosotras ayudamos a la mujer estamos ayudando al hijo, al padre a muchas cosas si, entonces así suceden las cosas en la atención que damos.

Entrevistador: Licenciada usted podría decirme ¿de qué estatus económicos son las mujeres que recurren por ayuda a Ciudad Mujer?

Informante: Mire allí va variado va personas de escasos recursos económicos, va personas que tienen una condición económica muy buena personas que están en otro nivel verdad, aún estatus más altos, obviamente no van a decir, no sucede eso verdad porque para vivir violencia no hay estatus social, no importa que tenga dinero o no tenga , se da en los diferentes estatus sociales, en las diferentes situaciones económicas verdad entonces lo hemos podido observar en las diferentes atenciones que hemos brindado, porque la mujer a veces con solo el hecho de ser mujer ya está en condiciones de ser vulnerable porque desde que nace ya le dicen nación una mujer y si nace el niño le dicen ya te ganaste la gallina, y allí empieza la discriminación solo por el hecho de ser mujer entonces desde allí estamos queriendo abrir brechas o disminuir las brechas de género que existen, entonces hee no hay un ... de repente se ha atentado más personas de escasos recursos económicos, hemos atendido más pero hemos atendido personas con estatus medio, y un estatus alto.

Entrevistador: ¿Qué porcentaje de las usuarias atendidas requieren asistencia psicológica?

Informante: La mayoría , la mayoría requiere atención psicológica, porque la violencia psicológica es la que más está predominando ahorita, y a veces es la invisibilizada, de repente hay persona que dicen no yo no quiero atención psicológica, son pocas las que no quieren atención psicológica son bien pocas talvez el dos por ciento porque ellas tienen un pensamiento tienen una perspectiva errónea de lo que es una atención psicológica, piensa yo no estoy loca para recibir atención psicológica, pero se le hace ver que a través de la atención psicológica va aprender a auto valorarse, a auto conocerse y a adquirir fortalezas internas , entonces trabajamos en equipo, le diré somos muy...tenemos un trabajo bien interdisciplinario con las psicólogas, con las abogadas con las policías con las compañeras de la policía, entonces por ejemplo la policía me dice mira aquí tenemos un caso que lo puedes abordar y así, se lo refieren a las psicólogas, las abogadas le remiten a las psicólogas, a veces solo van por demanda de alimentos y podemos decir que allí no hay violencia pero sí hay violencia hay una violencia económica, porque desde el momento que esta mujer va a demandar al padre de sus hijos o su esposo hay una violencia económica hay una irresponsabilidad, entonces de una u otra forma esta mujer está siendo violentada

psicológicamente también y le ofrecemos el servicio, porque ella no lleva identificado el servicio de ruta, en recepción le dan una hoja de servicio de ruta, dice psicología, trabajo social, policial, legal y otra dice denuncia, pero en algunos casos solo viene denuncia en la hojita de ruta, obviamente esta persona que viene a denuncia va requerir servicio de psicología, trabajo social, legal, policía y medicina forense, la va atender la médico forense por si hay golpes, o depende de qué tipo de denuncia sea, la mayoría requiere de atención psicológica.

Entrevistador: ¿Qué redes de apoyo toman en cuenta ustedes para la recuperación emocional de las usuarias?

Informante: Mire la primer red de apoyo es la familia, yo le pregunto ¿usted tiene a alguien que me la pueda apoyar, usted cree que la va apoyar en esto y esto?, le apoya con sus hijos, ella dice si me va apoyar, bueno esa es la primera red, pero si la familia es la que está ocasionando la violencia ella no va apoyar lógicamente, tenemos muchas redes de apoyo varias instituciones nos apoyan, ejemplo si ella necesita desplazamiento interno, tenemos el Consejo Noruego para refugiados nos apoya para mover una usuaria de un lugar a otro, le diré que las redes de apoyo va dependiendo del caso de la usuaria por ejemplo yo tengo una usuaria que le quitaron a su niña donde la voy a referir al DINAF, verdad porque me le quitaron al niño y a la niña y me le están vulnerando el derecho a la niña, dependiendo el caso amerita mandarlo a la fiscalía de la niñez porque ya amerita un delito, hacemos todos los enlaces y refiero a esta mujer para allá, si ahora si es adulto mayor y se le están violentando sus derechos la mando para la fiscalía de la mujer, entonces todo depende del caso estas son las redes de apoyo las redes comunitarias que la pueden apoyar, todo está una institución que se llama Jóvenes Constructores, para usuarias adolescentes para su tiempo de ocio para que comience a formarse, comience a tener acciones que le ayuden a su desarrollo, entonces todo depende del caso de cada usuaria, ejemplo Casa Refugio es otro aliado para nosotras verdad hay varias, ejemplo si hay usuarias de la tercera edad que requieren asilo, también tenemos instituciones que nos ayudan, también asilo político tenemos instituciones a que las referimos; les hago hincapié que este proceso es bien largo porque la mayoría de las usuarias que van pidiendo refugio o asilo político, piensan que la respuesta va ser inmediata y no mire que en eso si tenemos cuidado Licenciada, de darle falsas expectativas a la mujer, no le decimos le vamos a solucionar si no tenemos respuesta,

bueno respuesta tenemos porque le presentamos otras alternativas pero ellas no es lo que quieren, ellas llegan pidiendo asilo político pero le decimos que Ciudad Mujer no da en sí asilo político, pero si tenemos instituciones a las cuales podemos remitir pero no aseguramos que se los den, ahora lo que si yo le aseguro que esta institución me la mueve de allí me la mueve pero ella talvez quiere irse del país, es como le digo consensuado, si ella dice no es no, y he tenido casos donde le he ofrecido moverla y no ha permitido y lamentablemente ha habido consecuencias que a la larga han sido triste para ellas.

Entrevistador: ¿Cuáles son las áreas que se les fortalecen a las usuarias en el centro Ciudad Mujer?

Informante: Lo primero que se dan cuenta que se tienen a ellas mismas, se dan cuenta que pueden salir adelante, ¿qué habilidades adquieren ellas? De repente la habilidad de la terapia ocupacional, se dan cuenta que necesitan esta área de manera que estén dando frutos o de manera que estén dando insumos remunerados, recordemos que el oficio de casa el doméstico que no necesariamente tiene que ser de la mujer no es remunerado, y cuando ellas requieren esta herramienta por la cual pueden atraer dinero ellas se dan cuenta que se tienen a ellas mismas y que la fortaleza que ellas adquieren es auto valorarse, auto quererse auto conocerse, por ejemplo en el plan de vida se les pregunta quién soy yo y de inicio les cuesta definirse quienes son pero una vez pasan este proceso ya pueden decir quiénes son, yo soy una fuerte dicen soy una mujer visionaria, soy una mujer exitosa que puedo seguir adelante, soy una mujer que no estoy sola porque tenemos a estas mujeres que nos están apoyando, cuando hacemos cierre de grupos de autoayuda , es bien bonito y cuando hacemos cierre el agradecimiento de ellas hacia uno es muy grande y como profesionales le diré que es la mayor satisfacción verles a ellas que llegaron de una forma diferentes y las miramos que se van desarrollando y cuando miramos todo eso y vemos lazos familiares que estaban rotos y después ya tienen una mejor comunicación con sus hijos y adquieren esa herramienta de auto valorarse y auto quererse .

## Anexo 7. Preguntas semiestructuradas

### PREGUNTAS

1. ¿Podría explicarme en qué consiste su trabajo dentro de la institución?
2. ¿Cuál es la condición física de las usuarias del servicio cuando llegan al centro?
3. ¿Cuál es la condición mental de las usuarias del servicio cuando llegan al centro?
4. ¿Con quién llegan las mujeres al momento de buscar asistencia o ayuda?
5. ¿Qué tipo de violencia es la más frecuente en las usuarias del centro?
6. ¿Cuáles son las condiciones de vida que tienen la mayoría de las usuarias del servicio?
6. ¿Qué porcentaje más o menos de las usuarias requieren asistencia psicológica?
7. ¿Qué diagnósticos en relación a salud mental son más frecuentes?
8. ¿Qué servicios de asistencia psicológica brindan en el centro?
9. ¿Cómo es la actitud de las usuarias al momento de remitirlas a un proceso psicológico?
10. ¿Qué redes de apoyo toman en cuenta para la recuperación emocional de las víctimas?
11. ¿De qué estatus económico son más frecuentes las mujeres que buscan ayuda?
12. ¿Aparte de la asistencia psicológica que otras áreas se les fortalecen a estas mujeres?
13. ¿Cuál es el objetivo general de ustedes como institución en el área de asistencia psicológica? ¿Se logra exitosamente este objetivo?