



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología

Trabajo Final de Grado
Facultad de Psicología
Universidad de la República

ENFOQUES DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA CON MUJERES
ADULTAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

MODALIDAD:

Monografía – Revisión bibliográfica

TUTORA:

Asist. Mag. Raquel Galeotti

REVISORA:

Asist. Mag. Carolina Farías

ESTUDIANTE:

Maite Legaspi

C.I.: 5.165.115-9

Índice

Resumen.....	3
1. Introducción.....	4
2. Apartado metodológico.....	7
3. Consecuencias psicológicas.....	8
4. Permanencia en vínculos violentos.....	10
5. Solicitud de ayuda.....	16
6. Psicoterapia y postura profesional frente a la violencia.....	18
7. Modalidad de intervención, técnicas para el abordaje.....	21
8. Conclusiones.....	26
9. Referencias bibliográficas.....	30

Resumen

El trabajo es una revisión bibliográfica actualizada de artículos de investigación e intervención sobre las consecuencias psicológicas que presentan las mujeres víctimas de violencia de género y las modalidades de intervención psicoterapéuticas empleadas para estos casos. Se consultaron en total 35 artículos publicados entre los períodos 2001 - 2020, obtenidos de una búsqueda en dos fases en diversas plataformas. Mediante palabras clave, la búsqueda se dirigió en primer lugar a identificar las consecuencias psicológicas presentes en las mujeres víctimas de violencia de género en sus diferentes modalidades. En un segundo momento, la búsqueda se orientó a conocer los tratamientos psicoterapéuticos aplicados a dichas víctimas y sus afectaciones. Se seleccionaron 28 artículos, en los que se encontró que el trastorno más frecuente en estos casos es el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en comorbilidad con Depresión y/o trastornos de Ansiedad, seguidos por baja autoestima, ideación suicida y consumo problemático de alcohol, drogas y/o psicofármacos. La psicoterapia más utilizada, y para la cual ha sido comprobada su eficacia, es la de corte Cognitivo-Conductual, asociada a técnicas de psicoeducación, exposición y entrenamientos en el control de activación. Fueron también utilizadas estrategias para el aumento de la autovaloración y autoestima. Se destacan así mismo los estudios sobre el motivo de permanencia de las mujeres en vínculos violentos y la importancia de la postura profesional para el abordaje psicoterapéutico.

Palabras clave: Violencia de género, Consecuencias psicológicas, Enfoques psicoterapéuticos.

1. Introducción

La presente revisión bibliográfica permite observar de qué forma, en los últimos 20 años, la problemática de la violencia de género ha adoptado un interés cada vez mayor en todo el mundo, impulsando su estudio, investigación e introducción en la agenda de derechos, generando políticas públicas para su tratamiento.

En el marco de dicho creciente interés, este trabajo tiene como objetivo revisar teóricamente 1) las consecuencias psicológicas más frecuentes en las mujeres adultas víctimas de violencia, 2) la capacidad de las mujeres en esta situación para solicitar ayuda psicológica y acceder a ella, y 3) la forma en que dichos efectos son trabajados en el marco de una psicoterapia, con el fin de sistematizar herramientas para una psicoterapia eficaz y oportuna para estos casos.

La violencia de género o violencia basada en género (VBG), es reconocida como un problema de salud pública y de derechos humanos que se da en todos los países y culturas del mundo, así como en todos los estratos sociales y económicos (Vásquez Machado, 2007). Sin embargo, Llosa y Canetti (2019) señalan que los abordajes con respecto a las problemáticas asociadas a este tipo de violencia en Uruguay son muy recientes. De hecho, es en el año 2017 que se decreta la Ley N°19.580 de Violencia de Género, en cuyo Artículo 4 se define como aquella forma de discriminación que afecta, directa o indirectamente, la vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, así como la seguridad personal de las mujeres, entendiéndose como toda conducta, acción u omisión, en el ámbito público o el privado que, sustentada en una relación desigual de poder en base al género, menoscabe o anule el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos o las libertades fundamentales de las mujeres.

El más reciente artículo recabado en Uruguay, que estudia la relación entre depresión e ideación suicida con el hecho de haber sufrido violencia en la pareja, afirma que

...es algo aún no cuantificado en Uruguay, donde se comienzan a dar los primeros pasos en investigaciones clínicas sistematizadas con relación a estos problemas. (...) La carencia de información de calidad que existe con relación a los efectos de la violencia doméstica en la salud mental de la mujer que la padece dificulta la creación de estrategias de detección precoz adecuadas a la población específica. (Llosa y Canetti, 2019, p.182)

Se entiende así que no existe aún en nuestro país un interés notorio por estudiar aquellos aspectos referentes a una psicoterapia específica para estos casos, ya que recién comienzan a estudiarse sistemáticamente los efectos de la violencia y las formas de prevenirla o detectarla precozmente. Llosa y Canetti (2019) evidencian los “primeros aportes a la descripción del problema” en 2013 en la *Encuesta de Prevalencia de Violencia Doméstica* realizada por el MSP estableciendo que “En Montevideo la frecuencia de violencia doméstica contra la mujer es de 28,9%” y que “La Violencia de Pareja es dos tercios de los casos de violencia doméstica contra la mujer.” (Llosa y Canetti, 2019, p.181) . Por su parte, en el mismo año, de la *Primera encuesta nacional de prevalencia sobre violencia basada en género y generaciones* (INE e Inmujeres-MIDES, 2013) surgen datos que plantean que del total de mujeres mayores de 15 años que contestaron la encuesta, 23,7% sufrieron VBG en los últimos 12 meses por parte de su pareja o ex pareja. Según su manifestación se destacan: psicológica 23,1 %, física 2,7% y sexual 0,8%. En el año 2019 se realizó la *Segunda encuesta nacional de prevalencia sobre violencia basada en género y generaciones* (INE e Inmujeres-MIDES, 2019) la cual arroja que del total de mujeres mayores de 15 años que contestaron la encuesta, 19,5% expresan haber sufrido VBG en los últimos 12 meses por parte de su pareja o ex pareja. Si bien el porcentaje total es menor al de 2013, cuando se desagrega según manifestaciones nos encontramos con que a 2019 la violencia psicológica aunque disminuida, sigue siendo la mayor (18,4 %), y la violencia física y sexual crecen en porcentaje (3,0 % y 1,6 % respectivamente).

Debido a que la expresión más común de la VBG es la violencia hacia las mujeres, la literatura tiende a referir directamente a la violencia que es percibida por éstas por el solo hecho de serlo, en lugar de hablar de VBG, tratándolos como sinónimos (Otero, 2009; Vilariño, Amado, Vázquez y Arce, 2018; Yugueros, 2015). A su vez, el ámbito privado resulta ser el más frecuente para que esta dinámica de violencia se perpetúe, por lo cual variados artículos hablan directamente de mujeres víctimas de violencia en la pareja (VP) (Amar Amar y Ocampo Otálvaro, 2012; Cáceres Ortiz, Labrador Encinas, Ardila Mantilla y Parada Ortiz, 2011; Devries et al, 2013; López Angulo, Apolinaire Pennine, Array y Moya Ávila, 2006; Matud Aznar, Gutiérrez y Padilla, 2004; Weitzman, Cowan y Walsh, 2017) o hacen referencia también a la violencia doméstica (VD) (Amor, Echeburúa, de Corral, Zubizarreta y Sarasua, 2002;

Ghahari et al, 2017; Labrador, Fernández Velasco y Rincón González, 2009; Llosa y Canetti, 2019; Montero, 2001; Vásquez Machado, 2007). Incluso hablan de ambas modalidades como sinónimos. Si bien muchos estudios constatan el hecho de que no solo las mujeres son maltratadas en el ámbito íntimo o doméstico (Amar Amar y Ocampo Otálvaro, 2012; Cáceres Ortiz et al, 2011; Devries et al, 2013; Rincón, Labrador, Arinero y Crespo, 2004), si se sabe que son las principales afectadas. Así mismo, en la mayor parte de los casos, las mujeres son maltratadas por parejas hombres en el marco de relaciones heterosexuales (Amar Amar y Ocampo Otálvaro, 2012; Labrador et al, 2009, Montero, 2001).

En palabras de Castro “Hay una serie de conceptos relacionados a los dominios donde se ejerce la violencia y con los tipos que ésta última puede asumir, que en ocasiones se usan como sinónimos, y que sin embargo conviene diferenciar” (Castro, 2012, p.20). Este autor plantea que, si bien son conceptos que se intersectan, violencia doméstica no es lo mismo que violencia intrafamiliar. La primera refiere a la violencia que se ejerce y/o sufre al interior del ámbito privado más allá de que exista o no relación de parentesco entre las personas implicadas, mientras la segunda hace alusión a aquella violencia que se da entre personas con vínculo de parentesco independientemente de que exista convivencia y del espacio donde la misma tenga lugar. Tampoco son lo mismo violencia de pareja y violencia en el noviazgo. La primera refiere a la que ocurre entre parejas con vínculo erótico-afectivo que conviven, de manera regular, bajo un mismo techo ya sea que estén o no casadas. La segunda se diferencia en que, si bien existe vínculo emocional, los integrantes no conviven ni dependen económicamente entre ellos (Castro, 2012). Aún, habiendo coincidencias, violencia en la pareja y violencia doméstica no son sinónimos sino más bien, dos aspectos que suelen darse en conjunto.

Castro compara el enfoque de violencia familiar y el enfoque feminista, ambos impulsados desde la década de 1970 para explicar la violencia dentro del ámbito privado. Fundamentalmente, el enfoque de la violencia familiar tiene como unidad de análisis a la familia, ya que según sus impulsores (Straus y Gelles) todos los integrantes de la misma son a la vez, potenciales víctimas y potenciales victimarios de una violencia “tolerada” en la cultura ya sea para “educar” a los hijos o para “resolver” problemas de pareja. Por su parte, una de las mayores críticas a este último, la realiza el enfoque feminista que, con el fin eliminar la subordinación de las mujeres en la construcción de una sociedad con equidad de género, pretende identificar todas esas formas de dominación que forman

parte del patriarcado. En este sentido, su unidad de análisis son las mujeres en sus diferentes relaciones y contextos (Castro, 2012), siendo la pareja en el ámbito doméstico la que se analizará en el presente trabajo por ser la que genera consecuencias psicopatológicas más graves.

2. Apartado metodológico

i) Metodología

La presente revisión bibliográfica se realizó consultando diversos soportes de artículos relacionados a la investigación e intervención en esta área. Se exploraron plataformas como Redalyc, SciELO, Academia.edu, entre otras. La búsqueda se realizó en dos fases. En primer lugar, el objetivo fue identificar cuáles consecuencias psicológicas aparecen en las mujeres adultas víctimas de violencia de género. Esto dio lugar al encuentro con teorías sobre por qué las mujeres permanecen en vínculos violentos, las cuales explican de qué manera esa dinámica va dando lugar a los síntomas de malestar psicológico. En una segunda instancia, se llevó a cabo una búsqueda específica sobre los tratamientos de dichas afectaciones y de las víctimas de violencia de género en particular, haciendo énfasis en intervenciones de corte psicoterapéutico. Cada búsqueda fue hecha tanto en español como en inglés.

Se recabaron en total 35 artículos del período 2001 - 2020, de los cuales 7 fueron descartados por los siguientes motivos: referir a víctimas adolescentes únicamente en lo específico a violencia sexual, estudiar únicamente el impacto de los niños testigos de la violencia de pareja, no tratar los aspectos psicológicos de las mujeres víctimas, estudiar a mujeres víctimas específicamente de violencia sexual en el contexto de conflicto armado en Colombia, y aplicar la evaluación psicológica con fines de “control de engaño” en el ámbito forense. Se tomaron, de estos 35 iniciales, 28 artículos considerados pertinentes al propósito de la búsqueda, procedentes de diversos países: España (9), Colombia (5), México (3), USA (2), Cuba (2), Chile (2), Perú (1), Uruguay (1), Pakistán (1), Irán (1) y Portugal (1); publicados en el período 2001 a 2019, configurando ésta una revisión bibliográfica de los últimos 20 años en la temática.

ii) Caracterización de los artículos seleccionados

Se observaron las características sociodemográficas de las mujeres participantes de cada estudio para poder determinar el rango de edades de las mujeres a las cuales se

hará referencia. Al respecto, de los 28 artículos recabados 17 mencionan las edades de las víctimas que conforman la muestra. De estos últimos, 4 establecen que se trata de mujeres adultas menores de 40 años (Amor et al, 2002; Cáceres Ortiz et al, 2011; Ghahari et al, 2017; Labrador et al, 2009). Por su parte, otros 13 estudios han abarcado un rango de edad mucho mayor, comenzando entre los 15-30 años y hasta los 50-69 años, demostrando que la violencia se padece desde edades muy tempranas y perdura hasta avanzada la adultez, generando en ocasiones largos historiales de violencia sufrida. Sin embargo, en los casos en que la media de edades fue proporcionada oscilaba en general entre los 35 y 39 años. En el resto de los casos simplemente se habla de mujeres adultas.

Se observó también que, de los 28 artículos encontrados, 18 son resultado de investigaciones sobre las consecuencias psicológicas en mujeres adultas víctimas de maltrato y la eficacia de ciertas técnicas o dispositivos para subsanarlas. De esos 18 artículos, 10 estudian las generalidades de las características psicológicas de esta población resaltando en todos los casos la existencia de TEPT, depresión y/o ansiedad como trastornos simultáneos (Ahmad et al, 2018; Amor et al, 2002; Labrador Encinas et al, 2010; López Angulo et al, 2006; Matud et al, 2004, 2016; Montero, 2001; Rincón et al, 2004; Sarasúa et al, 2007; Vilariño et al, 2018). Se interesaron igualmente en aspectos como el grado de autoestima y de inadaptación presentes. Por su parte, 4 artículos presentan investigaciones específicamente sobre TEPT y su tratamiento (Amar Amar y Ocampo Otálvaro, 2012; Cáceres Ortiz et al, 2011, Labrador et al, 2009; Mata Gil, Sánchez Cabaco, Fernandez Mateos, González Díez y Pérez Lancho, 2014), mientras otros 4 refieren al estudio de la depresión en estas mujeres. De estos últimos, 3 relacionan la depresión en mujeres maltratadas directamente con ideación suicida o intentos de suicidio (Devries et al, 2013; Llosa Martinez y Canetti Wasser, 2019; Vásquez Machado, 2007) y 1 más evalúa la eficacia de un tratamiento cognitivo conductual tanto en síntomas depresivos como ansiosos (Ghahari et al, 2017). Los restantes 10 artículos abordan la temática desde otra perspectiva, principalmente centrada en los abordajes de intervención sin hacer foco en los síntomas psicológicos.

3. Consecuencias Psicológicas

Todas las formas de violencia repercuten en el bienestar psicológico de la mujer. De hecho, autores como Amor et al (2002) a partir de su investigación con mujeres víctimas de maltrato doméstico, afirman que solo una pequeña parte de la muestra de 212

mujeres habían tenido historia psiquiátrica anterior al maltrato sufrido. Es decir que, en su gran mayoría, se trata de mujeres mentalmente equilibradas cuyos trastornos psicológicos actuales se desprenden de manera directa de la violencia crónica. Respecto a esto, algunos autores hacen alusión al concepto de trauma que les aporta Echeburúa (2004) para describir y definir las reacciones psicológicas que derivan de los eventos potencialmente traumáticos, como la violencia en este caso, a las cuales llama manifestaciones del trauma: “(El trauma) tiene la capacidad de romper el sentimiento de confianza que tiene la persona en cuestión sobre sí misma, los demás y el mundo en general, conllevando a que se desadapte del entorno con facilidad...” (Cáceres Ortiz et al, 2011, p.15). Así mismo, las secuelas persisten a largo plazo, incluso después de que el maltrato haya cesado (Sarasua, Zubizarreta, Echeburúa y de Corral, 2007; Yugueros, 2015). En la misma línea, Montero (2001) afirma que a pesar de que el escenario de violencia sufrida se prolongue durante años antes de que la mujer reaccione, y de la prevalencia del silencio en la gran mayoría de las víctimas de violencia, existen trastornos identificados en relación a esta clase de maltrato a los cuales se debe prestar especial atención si se quiere detectar cuanto antes el abuso.

El trastorno al que la literatura postula como característico de estos casos es el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) (Amor et al, 2002; Cáceres Ortiz et al, 2011; Labrador et al, 2009; Mata Gil et al, 2014; Rincón et al, 2004), específicamente en las siguientes manifestaciones:

- Reexperimentación: malestar psico-fisiológico intrusivo al recordar el evento traumático de manera involuntaria (pesadillas, flashback, etc.).
- Evitación: se evitan los pensamientos, sentimientos, lugares, personas, etc. que se perciben vinculadas a lo vivido, pudiendo generar pérdida de interés en actividades antes satisfactorias, y aislamiento social.
- Hiperactivación: activación fisiológica extrema para el contexto presente y en condiciones de no amenaza, que genera tanto dificultades para lograr la concentración como para conciliar o mantener el sueño y adaptarse a los diferentes ámbitos de la vida cotidiana.

Según el DSM-IV, este trastorno aparece cuando la persona ha sido testigo o ha sufrido agresión física, amenaza para la vida propia o de otra persona y cuando su reacción emocional a dicho evento implica una intensa respuesta de miedo, horror o indefensión (Rincón et al, 2004).

Cabe destacar que es la consecuencia psicológica más vinculada a la repetición, frecuencia, duración e intensidad de la violencia sufrida por la mujer (Amar Amar y Ocampo Otálvaro, 2012; Cáceres Ortiz et al, 2011), características que son posibles debido a que se ejerce en un espacio que debería ser seguro y por parte de una persona con la que se mantiene proximidad afectiva (Rincón et al, 2004). La literatura muestra que cuanto más reciente es el último episodio de violencia, mayor la intensidad del trastorno de estrés postraumático, sobre todo en los casos en que la mujer ha sufrido violencia sexual (Amor et al, 2002; Sarasua et al, 2007). A su vez, Sarasua et al (2007) aportan que en las mujeres adultas el TEPT aparece relacionado con la percepción de amenaza para la vida. En la misma línea Cáceres Ortiz et al (2011) dicen que además de las características del evento, influyen también en la reacción de la víctima, la forma en que el mismo se procesa a nivel cognitivo y emocional-afectivo, pudiendo ser inadecuado y así derivar en sentimientos de culpa, vergüenza, baja autoestima, inadaptación y el consecuente aislamiento. Esto lleva a pensar también “en el grave deterioro en que se encuentran las mujeres cuando acuden a buscar ayuda” (Labrador et al, 2009, p.62).

Cáceres Ortiz et al (2011) citando a Foa, Keane, Friedman y Cohen (2009) afirman que de los pacientes con TEPT, el 80% presenta también depresión o algún otro trastorno ya sea de ansiedad o abuso de sustancias. El TEPT aparece como el principal trastorno relacionado con el trauma psicológico, y asociado a la comorbilidad, es decir a la presencia de diversos trastornos y síntomas simultáneos, situación frecuente en las mujeres víctimas de violencia. Los trastornos comórbidos más frecuentes para TEPT son la depresión y los trastornos de ansiedad (Amor et al, 2002; Sarasua et al, 2007; Vilariño et al, 2018).

4. Permanencia en vínculos violentos

La permanencia de las mujeres en este tipo de vínculos se explica en gran parte por la dinámica llamada *ciclo de la violencia*, estudiada por Lenore E. Walker en *The battered woman* desde su primera edición a principios de la década de los 80', quien lo explica como un mecanismo dirigido a la reducción de la tensión. Este “ciclo de maltrato recurrente” (Walker, 2017, p. 94) consta de 3 fases que se suceden consecutivamente:

- Tensión (*tension-building*): en esta primera fase se genera una escalada gradual de la tensión a través de insultos y otras actitudes intencionales que el maltratador utiliza para expresar su hostilidad e insatisfacción, sin

llegar a la explosión de la violencia. La mujer, en su creencia de que puede controlar al agresor intenta complacerlo y calmarlo sin responder a sus ataques.

- Maltrato agudo (*acute battering incident*): la tensión continúa aumentando hasta que la descarga es incontrolable y sucede la segunda fase. En ésta, suelen ocurrir los maltratos severos, tanto verbales como físicos, generando daños en la mujer que son inevitables sin intervención externa. “La violencia tiene éxito porque funciona” aporta Walker (2017, p.97), haciendo referencia a que cuando el hombre detiene el episodio violento experimenta una real disminución de la tensión acumulada, reforzando su utilización en la resolución de tensiones.
- “Luna de miel” (*loving contrition*): esta tercera fase es la que genera el refuerzo positivo en la mujer para continuar en la relación ya que se caracteriza por la amabilidad y remordimiento por parte del agresor, así como regalos y promesas de cambio. Esta instancia al principio suele ser más larga en el tiempo que la primera y la segunda fase, pero poco a poco desaparece, haciendo difícil el retorno a la línea de base. Llegado este punto, la tensión y la violencia no disminuyen, configurando “una señal de que el riesgo de un incidente letal es muy alto” (Walker, 2017, p.98).

En la mayoría de los casos, la violencia psicológica y emocional suele darse en simultáneo e incluso previamente a que aparezca la violencia física (Cáceres Ortiz et al, 2011). La violencia física seguida por la sexual, son las formas más visibles de la VBG debido a las lesiones que generan en el cuerpo. Sin embargo, es muy probable que previo a estas se ejercieran otros tipos de maltrato. Yugueros (2015) plantea que estos últimos se manifiestan en forma de “micromachismos” o “microviolencias”, los cuales son poco perceptibles pero no por eso menos graves, ya que son los responsables de la naturalización de los abusos y el sometimiento de la mujer.

Para profundizar en lo que le sucede a la mujer víctima, a nivel psicológico y emocional ante la violencia gradual, se presentan a continuación tres enfoques que dan cuenta de estos aspectos: en primer lugar, el enfoque planteado por López Angulo y Apolinaire Pennine (2005) sobre la dimensión psicológica de la violencia, más específicamente el rol de la personalidad y los fenómenos subjetivos; en segundo lugar,

el *Síndrome de Estocolmo* estudiado por Ahmad, Aziz, Anjum y Mir (2018) con el objetivo de entender por qué las mujeres en relaciones abusivas eligen quedarse con sus agresores; y por último, el *Síndrome de Adaptación Paradójica a la Violencia Doméstica* (SAPVD) propuesto por Montero (2001).

López Angulo y Apolinaire Pennine (2005) expresan que para la comprensión de estas cuestiones es de suma importancia estudiar la personalidad y los fenómenos subjetivos. La subjetividad se encuentra integrada y organizada en diferentes subsistemas según su complejidad. La personalidad, en tanto nivel de mayor complejidad psicológica, conformaría en la persona una “noción de sí mismo o autoconciencia” (López Angulo y Apolinaire Pennine, 2005, p.27) la cual media la orientación, dirección, regulación y autorregulación de su conducta. Esta noción y sus contenidos son reflejo de la realidad externa que las personas perciben a lo largo de su vida y es por eso necesario estudiar dicha realidad para comprender qué determinantes condicionan la personalidad de las mujeres víctimas de violencia. La educación patriarcal y sexista que recibimos enseña de manera diferente según el sexo biológico de la persona en lo referente al autoconocimiento, la autopercepción, a cómo unos y otras representamos la realidad, reflexionamos y valoramos el mundo. Así mismo determina la forma en que hombres y mujeres, diferenciadamente, interactúan con esa realidad y estructuran el contenido psicológico en la regulación de su comportamiento.

El contenido de la personalidad es un reflejo activo de la realidad a través de las condiciones internas. (...) Lo social no es algo externo que modela, sino un elemento activo que se integra en las leyes reguladoras de las condiciones internas. (López Angulo y Apolinaire Pennine, 2005, p.29)

Existen entonces, contenidos psicológicos que se integran al psiquismo de una u otra forma según lo aprendido y que vuelven a las mujeres, por el tipo de enseñanza percibida, más propensas a sufrir violencia:

- La autovaloración: es la representación que elabora el sujeto sobre su persona y su lugar en el mundo. Se ve determinada por las condiciones de vida y la educación, principalmente en lo que respecta a la valoración externa/social. De hecho, los mismos autores un año más tarde se dedican a analizar específicamente tanto el nivel de autovaloración como el de autoestima que presentan las mujeres en un contexto de violencia en la pareja (López Angulo et al, 2006) encontrando que es 17 veces más probable que una mujer subvalorada quede expuesta a situaciones violentas que una mujer con autovaloración adecuada, siendo la

sobrevaloración considerada un factor protector. Así mismo, en los 40 casos tomados para el estudio predominó la baja autoestima.

- La autoestima: en el proceso de autorreferencia, conforma la dimensión afectiva en cuanto expresa el amor propio y el respeto, estima y aceptación de la propia persona. La baja autoestima es un factor de riesgo para las mujeres de ser violentadas, específicamente 4 veces más que quienes tienen autoestima alta (López Angulo et al, 2006).
- Los recursos personológicos: son aquellos recursos que permiten responder a las demandas del entorno, posibilitando la toma de decisiones, reflexionar sobre las causas de sus comportamientos, hallar soluciones, adaptarse y transformar la realidad de forma activa.
- El afrontamiento: implica un esfuerzo cognitivo y conductual para elaborar una respuesta ante un suceso valorado como amenazante, el cual excede o desborda los recursos del individuo.
- La controlabilidad: se refiere a la posibilidad de manipular el efecto de las características medioambientales que podrían resultar estresantes para el sujeto, generando cierta sensación de control o dominio, evitando percibirse indefenso frente a estos (locus interno vs locus externo). De este modo, el locus de control interno funciona como un factor protector frente a la violencia.
- Apoyo social y familiar: funciona, cuando existe y logra percibirse, como factor protector contra la violencia ya que la persona siente que los demás se preocupan y ocupan de ella, aumentando su bienestar y autoestima.
- La frustración: se encuentra estrechamente relacionada con la autovaloración, las aspiraciones, pretensiones y proyección futura, por lo que una disonancia entre lo deseado y la realidad genera una baja tolerancia a las frustraciones, constituyendo un factor de riesgo de violencia.
- La voluntad: los procesos volitivos, "...acciones conscientes, dirigidas a un fin determinado y relacionadas con esfuerzos realizados para vencer los obstáculos..." (López Angulo y Apolinaire Pennine, 2005, p.39) permiten adoptar una posición activa y autodeterminada hacia la realidad, implicando la capacidad de control hacia sí misma y la relación directa con la toma de decisiones.

Por su parte, a partir de Dutton y Painter (1993), Ahmad et al (2018) plantean que el *Síndrome de Estocolmo* se forma sobre la base de “posibles distorsiones cognitivas, es decir, disonancias en los patrones de pensamiento” (Ahmad et al, 2018, p.551). La dinámica de los abusos graduales y en aumento, y el ciclo de la violencia con etapas de “luna de miel” donde el agresor se muestra cariñoso, bondadoso y arrepentido, hacen al autoconcepto que forma de ella misma la mujer víctima, así como a las barreras que se interponen entre ella y el exterior. La relación es imprevisible, siendo difícil para la mujer terminarla y fallando en reconocer en un mismo sujeto tanto al abusador como al rescatador, dependiendo totalmente de esta persona. Es así entonces que el Síndrome de Estocolmo constituye “un esfuerzo inconsciente para la supervivencia, una forma de autoengaño a través del intento de encontrar terreno mutuo con el abusador.” (Ahmad et al, 2018, p.545).

Por último, el *Síndrome de Adaptación Paradójica a la Violencia Doméstica* (SAPVD) es, según Montero (2001) un concepto que proviene del Síndrome de Estocolmo Clásico, aplicado a la violencia contra la mujer en el ámbito doméstico y que considera, a diferencia de este, no solo los elementos más salientes del trauma sino también y fundamentalmente la “...comprensión rigurosa del aparato psicológico involucrado en la formación del tipo de vínculos paradójicos mencionados...” (Montero, 2001, p.10). Consiste entonces en un conjunto de procesos psicológicos que derivan en el desarrollo paradójico de un vínculo de protección entre la mujer víctima y el hombre agresor, en el marco de un entorno traumático, cuyo fin es la homeostasis y equilibrio, tanto fisiológico como conductual, y la protección de la integridad psicológica de la mujer: “...es un mecanismo activo de adaptación habilitado para amortiguar y/o evitar la incidencia masiva de estresores amenazantes sobre la víctima...” (Montero, 2001, p.13). En este proceso en tanto continuo, existen varias fases:

- 1) Fase Desencadenante: se dispara según el autor con la primera expresión de violencia física por parte de la pareja, aunque reconoce que previamente puede existir maltrato psicológico. Esta primera agresión significa para la mujer una amenaza generadora de “ruptura del espacio de seguridad y confianza construido sobre la base de la relación afectiva” (Montero, 2001, p.13), a raíz de la cual se verán comprometidos aspectos cognitivos como la atención, percepción y razonamiento. A nivel emocional, el miedo y la ansiedad progresiva con momentos de ira, rechazo y aislamiento, resultarán en desorientación y estrés.

- 2) Fase de Reorientación: dicho estado de incertidumbre, donde previamente había protección, borra los límites entre seguridad y peligro que deberían existir en el hogar. Su compañero sentimental se convierte en una amenaza impredecible que expone a la mujer a un riesgo instalado en el interior de su entorno de referencia, repercutiendo en el autoestima y autoconcepto de la víctima. Estos estresores constantes conducen a un estado de ansiedad que crece hacia la cronicidad y hacia la posible formación de un cuadro depresivo, sobre todo en aquellas mujeres que no trabajan ni tienen actividades fuera del hogar. La ansiedad favorece la captación automática de estímulos amenazantes, a través de sesgos en el proceso preatencional, llevando a un círculo vicioso retroalimentado por la desorientación de la víctima. La mujer percibe que no hay salida al aislamiento, viéndose afectada su capacidad de comunicación hacia personas externas. Además, las interacciones que no tengan carácter violento en esta etapa, generarán la apertura conductual de la mujer con la consecuente distensión de la relación, coincidiendo con signos de arrepentimiento por parte del agresor. Esto coloca a la mujer en una posición de mayor vulnerabilidad, añadida a los sentimientos de culpa que emergen en su búsqueda por lograr un equilibrio. “La víctima entonces producirá un reajuste de expectativas y un realineamiento cognitivo (entrando así) en la fase de coping.” (Montero, 2001, p.18).
- 3) Fase de Afrontamiento: en esta fase, las posibilidades de coping (adaptación / afrontamiento) estarán condicionadas por la evaluación de las características contextuales (evaluación primaria) y de los recursos personales de los que la víctima dispone para hacer frente a las demandas del entorno (evaluación secundaria). Dice Montero que en un escenario como el hasta aquí planteado “...es viable considerar que la habilidad de la mujer para llevar a cabo una evaluación secundaria con garantías está básicamente distorsionada.” (Montero, 2001, p.19). De esta forma, todo el cuadro psicopatológico que se venía generando, terminará por empeorar y consolidarse, en especial “las cogniciones depresógenas y el distrés sin coping” (Montero, 2001, p.21), culminando en distimia como último eslabón del continuo estrés-ansiedad-depresión-distimia. La mujer presenta embotamiento emocional y reducción de la sensibilidad, con la consecuente pasividad e indefensión, viendo afectada su capacidad de búsqueda

de ayuda externa y derivando directamente en la fase de adaptación característica del SAPVD.

- 4) Fase de Adaptación: para este momento la víctima se encontrará en la búsqueda de nuevos factores que puedan proporcionarle estabilidad y equilibrio, para lo cual comenzará a someterse y adaptarse a la violencia, ajustándose a un entorno que sobrepasa sus recursos de afrontamiento. Con este objetivo, desarrollará un vínculo paradójico con el agresor con dinámica similar a la del Síndrome de Estocolmo. Con el fin de abandonar la indefensión aprendida, la mujer inicia un proceso de “identificación traumática” con el agresor y desplaza la culpa hacia el mundo externo, coincidiendo ésta con aquellas personas a las que el agresor declara enemigos responsables. De esta manera logra proteger su autoconcepto, a costa de aislamiento y nula percepción del problema, conformando un modelo mental inducido que le permite incorporar las premisas cognitivas del agresor en una especie de alianza en la que consigue “diversos niveles subjetivos de seguridad y confianza” (Montero, 2001, p.24). Dentro de este modelo, la identidad de compromiso, en tanto identidad disociativa, aparece como una herramienta cognitiva de adaptación al trauma que funciona evitando la disonancia y llenando el vínculo de sentido. Esta identidad actúa sesgada por la selectividad atencional que filtra la información permitiendo incorporar solo las conductas positivas del agresor, como aquellas que muestran arrepentimiento y reconciliación. Tanto el modelo mental como la identidad de compromiso, se apoyan sobre una “formación ideativa o ideacional” con respecto al agresor.

Estos aspectos deben ser abordados desde el inicio del proceso psicoterapéutico buscando su reeducación, lo cual significará un descenso del riesgo de volver a ser víctima, tanto en los vínculos actuales como en los futuros.

5. Solicitud de ayuda

Según Tiburcio Sainz, Natera Rey y Berenzon Gorn (2010), existe controversia en lo que respecta al uso de servicios de atención en salud mental en mujeres víctimas de violencia en la pareja. Por un lado, existen estudios que manifiestan la idea de que, al ser maltratadas, las mujeres víctimas de violencia deben recurrir en mayor medida a centros de salud en busca de asistencia. Sin embargo, se percibe que dicha atención suele

limitarse al cuidado de las lesiones físicas, sin abordar el malestar psicológico ni sus consecuencias. De hecho, otras investigaciones plantean que justamente debido a los problemas en salud mental producto de la violencia, las mujeres víctimas presentan mayor dificultad para reconocer la gravedad de la situación y por ende, para buscar y solicitar ayuda. Reconocerse víctima de violencia parecería ser el primer paso en la solicitud de ayuda. Lamentablemente, como se explicó anteriormente, para sobrevivir a estas situaciones el cerebro aprende a activar ciertos mecanismos de defensa que, en ocasiones, resultan en una minimización del abuso o incluso en una negación total del mismo, llegando al punto de que la víctima no se reconozca como tal (Sarasua et al, 2007).

En este contexto, en que los abusos al interior de la pareja ocurren como un patrón de eventos en curso (Devries et al, 2013), la búsqueda de ayuda para salir de la relación violenta suele darse solo cuando la mujer percibe un aumento en la intensidad o el tipo de violencia sufrida (Labrador et al, 2009; Tiburcio Sainz et al, 2010). Esto sucedería cuando el maltrato se vuelve más frecuente o cuando “aumenta de nivel” y pasa por ejemplo de la violencia psicológica únicamente, a la violencia física; o de la física a la violencia sexual, constituyendo ésta una de las expresiones más graves de la VBG. Otra forma de que esto pase es cuando ya no solo la mujer se ve afectada por la violencia, sino que también sus hijos o hijas han comenzado a sufrirla directamente (Amor et al, 2002; Yugueros, 2015). Puede suceder incluso que la solicitud de ayuda psicológica se deba a la presión ejercida por terceros (Manjón González, 2012), ya que las mujeres en situación de violencia suelen recurrir en primer lugar a amigos, familiares o vecinos que brinden contención, en caso de que esta red de apoyo exista. La misma, es vastamente considerada como factor protector por la literatura, para que la violencia no siga el curso ya mencionado, así como para facilitar la readaptación posterior de las víctimas (Labrador et al, 2009; López Angulo y Apolinaire Pennini, 2005; Yugueros, 2015).

Interesa en este punto introducir brevemente el estudio publicado por Weitzman et al (2017) el cual brinda herramientas para pensar políticas dirigidas a incrementar la intervención de las personas que conocen la ocurrencia de este tipo de situaciones para ser efectivas, en razón de quién es la persona que interviene. Sus hallazgos indican que la decisión de intervenir en estas situaciones depende de las características individuales del interviniente y su historia personal, las características situacionales de la violencia, y la

relación entre el interviniente y la víctima. En este sentido, presentan que las características sociodemográficas de la persona que podría intervenir, incluida la edad, género, raza y nivel educativo, condiciona su accionar, así como el hecho de haber sufrido violencia sexual y/o de pareja previamente. En cuanto a las características del contexto violento, se menciona la limitante que supone que las personas en general perciban como abuso sexual a la violación ejercida por extraños “...pero fallan en percibir el sexo forzado como violación si este ocurre en el contexto de una relación romántica.” (Weitzman et al, 2017, p.3), no reconociéndose estas como situaciones peligrosas. Así mismo, las barreras más comúnmente citadas para la intervención en casos de violencia en la pareja incluyen el miedo a las lesiones, a la mala interpretación, y la creencia de que se trata de un asunto privado. De esta forma, tanto la disponibilidad como las estrategias para la intervención van a diferir según el contexto. A su vez, es más probable que tomen medidas los familiares o amigos cercanos a la víctima, que otras personas. A raíz de estas cuestiones el artículo reflexiona sobre la importancia de educar y capacitar a la población en general para intervenir en estos casos a favor de la víctima.

6. Psicoterapia y postura profesional frente a la violencia

Otro aspecto que determina, no solo el acceso a atención en salud por parte de la víctima de violencia de género, sino también el sostenimiento de un proceso psicoterapéutico refiere a la postura y compromiso de los y las profesionales que reciben a la mujer en la consulta. No es raro que aparezcan testimonios de mujeres que frente a la decisión de acudir a profesionales, se encuentran con respuestas de desinterés e indiferencia, reforzando sentimientos de desconfianza y vergüenza, así como la creencia de que es algo privado para lo cual el personal de salud tiene poco tiempo (Híjar, Ávila Burgos y Valdez Santiago, 2006; Tiburcio Sainz et al, 2010).

Similar es el caso que describe Otero (2009) sobre un grupo de mujeres que sostienen un proceso grupal coordinado por psicólogas, quienes manifiestan tener “perspectiva de género” y sin embargo se ubican en un lugar de saber-poder que reproduce, sin cuestionamientos, los mismos estereotipos que oprimen a las víctimas, llevando a una revictimización, o victimización secundaria (Dutton, 1992 citado por Matud et al, 2004, p.6). Se evidencia en estos casos, la falta de contacto con las formas de intervención y el enfoque teórico utilizado por parte de los profesionales de la salud mental, que determinará en gran medida los resultados.

En este sentido, varios estudios nos muestran la importancia de la perspectiva de género en la atención a mujeres que atraviesan o han atravesado procesos de violencia (Neves, Cunha, Grangeia y Correia, 2015; Otero, 2009; Yugueros, 2015). Se observa que algunos hacen referencia a esta perspectiva, manifestando tener enfoque feminista como si fueran sinónimos (Neves et al, 2015). Esto puede deberse a que la perspectiva de género surge a partir de las luchas de las mujeres y es el recorrido del movimiento feminista el que logra darle visibilidad, aunque en este contexto, no implica necesariamente que quienes la utilizan se autoproclamen feministas mientras no se deje a la “categoría vacía de contenido político” (Otero, 2009).

La perspectiva de género es definida por Yugueros (2015) como reflexión acerca de los valores, creencias e ideas sobre lo que es ser mujer y ser hombre, y la toma de conciencia de las desigualdades entre ambos y sus implicaciones. En esta línea, Saucedo González (2002) considera:

...la violencia como un fenómeno social enmarcado por la constitución de las identidades y las desigualdades de género, así como por la devaluación de lo femenino (...) está complejamente imbricada en las formas de organización y relaciones sociales que sirven de escenario a situaciones y hechos violentos específicos sufridos por las mujeres solo por el hecho de serlo. (citado por Otero, 2009, p. 108)

En su comparación de dos modalidades de intervención que fueron llevadas a cabo con grupos de mujeres víctimas de violencia, Otero (2009) destaca actitudes por parte de las psicólogas coordinadoras que generan resultados positivos en las participantes. Si bien no se trata de psicoterapia, podemos pensar que los efectos a los que refiere son extensibles a la misma: hacer hincapié en la toma de conciencia sobre los derechos de las mujeres, deconstruir el amor romántico, desnaturalizar los mandatos de género, tomar los aportes de las mujeres, sus experiencias y sentires a partir de los cuales informar sobre leyes y tratados vigentes, cambios posibles y organizaciones que brinden asesoramiento, con el fin de generar redes y espacios para y entre mujeres. Así mismo se insta a no atender a los agresores en el mismo espacio, para posibilitar un ambiente con sentido de propiedad para la mujer donde expresarse, y a no realizar terapias de pareja en los casos de violencia ya que sería ignorar las relaciones desiguales y el miedo a la palabra frente al agresor.

Al respecto, Ibaceta (2011) plantea que la psicoterapia de pareja es posible en los casos de lo que él llama *violencia-agresión* o Johnson y Leonel (2005) *violencia situacional* (con características diferentes a la VBG ya que es bidireccional, simétrica,

pública, sin desigualdad de poder) pero no en aquellos de *violencia-castigo* o *terrorismo íntimo* (Johnson y Leonel, 2005 citado por Ibaceta, 2011), términos que refieren a la dinámica de violencia que hasta aquí se viene planteando en la que prima la desigualdad de poder, el secreto y la unidireccionalidad.

Convendrá también, antes de proseguir, distinguir la atención en crisis de lo que es una psicoterapia, siendo esta última forma de intervención el interés central de la presente búsqueda. La atención en crisis es, según Parada (2008), la primera ayuda que los intervinientes hacen a una persona que se encuentra en situación de emergencia, afectada por esta, como es el caso de la mujer víctima de malos tratos. Quienes intervengan, además de preocuparse por la salud física de la mujer, y dentro de las posibilidades que el caso permita, deberán aplicar los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP). Los mismos conforman una primera respuesta, limitada en el tiempo (se estima su aplicación en el correr de la primera semana luego de pasado el evento traumático), que puede ofrecer cualquier persona capacitada para brindarlos, más allá de que sean o no profesionales. La misma está orientada a brindar tranquilidad, seguridad y contención a quien acaba de vivir un evento traumático, así como preocuparse por sus necesidades y orientarla en los próximos pasos posibles a seguir.

Matud et al (2004) refieren a su programa de intervención psicológica diferenciándolo de la atención en crisis ya que este "...se ha aplicado mayoritariamente con mujeres que están, o bien en proceso de separación, o ya separadas, pero en las que los efectos psicológicos del maltrato aún persisten..." (p.8), es decir en momentos posteriores y no inmediatos al evento. Se tiene en cuenta igualmente que la violencia que la mujer ha sufrido puede haber sido largamente padecida en el tiempo e incluso seguirlo haciendo durante las intervenciones, lo cual añade complejidad a estos casos. Se destaca también que, a diferencia de la atención en crisis, la psicoterapia debe ser llevada a cabo por profesionales de la salud mental, en especial psicólogos/as formados en el tema y con perspectiva de género.

En esta línea, Strupp (1978) define a la psicoterapia como "un proceso interpersonal diseñado para ofrecer modificaciones de los sentimientos, pensamientos, actitudes y comportamientos que producen sufrimiento al individuo" (citado por Iragorri, Rosas, Hernández y Orozco-Cabal, 2009, p.76). Agregan Iragorri et al (2009) que el proceso psicoterapéutico implica una exposición a estímulos ambientales complejos, cuyas modificaciones de los sistemas neurales median el aprendizaje y la memoria,

responsables de los efectos de la psicoterapia. Así mismo, si bien este artículo no hace énfasis en el caso concreto de aplicación de la psicoterapia, es decir, no trata específicamente de la violencia de género, aporta:

En etapas tempranas de la vida, los mecanismos de aprendizaje (esencialmente inconscientes) intervienen a nivel motor, cognitivo y neuropsicológico, permitiendo el aprendizaje de reglas y patrones de interacción a los que han sido expuestos (...) Es una información no consciente, que puede determinar la tendencia a repetir los patrones originales, incluso aquellos que son patológicos. (...) La psicoterapia se puede considerar como una forma de aprendizaje implícito y explícito, a través del desarrollo de una relación paciente-terapeuta, que permite reparar los patrones disfuncionales aprendidos (Iragorri et al, 2009, p.77).

7. Modalidad de intervención, técnicas para el abordaje

Entre los diversos enfoques que se proponen para el abordaje psicoterapéutico de víctimas de violencia de género, teniendo en cuenta que la mayoría de los casos suceden en el hogar por parte de la pareja, se encuentra la propuesta del Modelo Transteórico del Cambio o Modelo de las Etapas del Cambio (Manjón González, 2011). El aporte de este modelo es la transformación de la comprensión del ciclo y dinámicas de la violencia, las cuales se han tratado hasta aquí, en herramientas para pensar la diversidad de situaciones que la mujer puede estar atravesando al momento de solicitar ayuda psicoterapéutica. En este sentido, las características cognitivas y emocionales que atraviesa la mujer víctima en los diferentes momentos determinarán las intervenciones que resultan o no oportunas en el marco de una psicoterapia.

Lo interesante de dicho modelo es el reconocimiento de etapas previas a la acción y a la utilización de procesos conductuales, caracterizadas por la “ambigüedad o ambivalencia” en las cuales las tareas psicoterapéuticas deben estar orientadas a “resolver los obstáculos que impiden que la mujer se ponga en marcha para resolver el problema del maltrato...” (Manjón González, 2012, p.85). Las mismas son etapas tempranas del cambio, como la Precontemplación y la Contemplación, en las cuales priman los procesos afectivos y cognitivos.

En la Fase de Precontemplación específicamente, también llamada Fase de relación con el abuso aceptada, la violencia es considerada por la mujer como poco problemática y/o inevitable. Aunque el deseo de cambio exista y la mujer luche para obtenerlo, sus esfuerzos se centran en que sea su pareja agresora quien cambie. Estos intentos logran escaso éxito y termina predominando la aceptación de la situación. Las tareas a realizar en psicoterapia para este momento consisten en aumentar la conciencia

del problema y de la necesidad de cambio, creando o fomentando la duda al respecto de la aceptación de la violencia. Si bien es fundamental la toma de postura que se tome en tanto profesional, de que el maltrato es inaceptable y tiene consecuencias, es igual de importante que la misma no implique discusiones argumentativas que solo generarán resistencias. Considerando esto, es útil explorar el abuso en mayor detalle, ya que la enumeración de sucesos violentos ayuda a la víctima a visibilizar los malos tratos, así como a conectarlos con las pérdidas en su salud tanto física como psicológica. En cuanto a esto, Dutton aporta que

Este análisis (del tipo y patrón de abusos del agresor) va más allá de la simple descripción de los actos de violencia, ya que la comprensión de la experiencia de la mujer maltratada implica también conocer el sentido que para ella tiene el contexto en que se da la violencia. (Dutton, 1992, citado por Matud et al, 2004, p.5)

La Fase de Contemplación o Fase de relación con el abuso cuestionada, se caracteriza por la toma de conciencia sobre el problema y el pensar seriamente en emprender cambios personales al respecto en el futuro cercano, ya que progresivamente se cuestiona la posibilidad de un cambio por parte del agresor. Así, en paralelo al reconocimiento del abuso, se observa la búsqueda de mayor autonomía. Dice el autor de este artículo, que “Ese recorrido avanza con saltos y retrocesos” (Manjón González, 2012, p.88) debido a que es una etapa en la que lo afectivo tiene un gran peso. La duda y la ambivalencia no son dificultades sino los objetivos de intervención, por lo cual en este momento las mismas se trabajan a favor del cambio. De esta forma, será conveniente disminuir los obstáculos promoviendo su análisis y el del impacto de la red social en la promoción u obstaculización del proceso. Será conveniente brindar información sobre los recursos disponibles para lograrlo, así como hacer énfasis en la diferencia que existe entre los proyectos a futuro que la mujer tiene para su vida y su realidad actual, mostrando su incompatibilidad. Resulta así mismo oportuno para esta etapa, referir nuevamente a Matud et al (2004) cuando cita a Dutton (1992), quien plantea que uno de los factores que influyen en los efectos psicológicos de la violencia, así como en la decisión de las mujeres de escapar del abuso y protegerse a sí mismas, son sus propias potencialidades y puntos fuertes. En este sentido, plantea validar y fomentar las capacidades de la mujer para facilitar la decisión e intentos de evitar la violencia.

Estas intervenciones llevarían a la fase siguiente, llamada Etapa de Preparación o Decisión de Cambiar la Relación, en la cual la mujer perdió la esperanza de un cambio en su pareja y elabora un plan para cambiar su propia conducta en el corto plazo. Este

cambio puede significar la separación del agresor o la modificación de la relación en la búsqueda de una vida sin violencia.

Prosiguen así las Etapas de Acción y Mantenimiento, en las cuales el plan elaborado se implementa, modificando su conducta con el fin de superar la relación violenta. Aquí el desafío consiste en poder mantener el cambio más allá de los obstáculos que puedan existir, siendo de especial interés las estrategias orientadas a la acción y a la solución de problemas. Mantener los cambios implica integrarlos en un nuevo estilo de vida que permita la reconstrucción vital, abarcando lo personal, lo familiar, lo social y económico/laboral, así como la recuperación de las consecuencias del maltrato.

En estas etapas, sin embargo, no debe olvidarse la importancia de evaluar el riesgo, que suele aumentar cuando la mujer plantea la separación, pudiendo prolongarse la violencia más allá de que se encuentren separados y volverse más grave e incluso fatal. De hecho, reconociendo esta dinámica, que ocurre cuando el agresor percibe que ya no tiene control sobre la mujer, el término violencia en la pareja (VP) incluye también la que es ejercida por parte de la ex-pareja (Amor et al, 2002; Sarasua et al, 2007; Yugueros, 2015).

A partir del conocimiento de estas fases diferenciadas, se podría pensar que las diversas estrategias, técnicas y terapias planteadas para estos casos no son incompatibles entre sí, sino adecuadas para diferentes momentos que el/la psicoterapeuta, deberá distinguir para la oportuna aplicación de una u otra, o combinación de ellas.

Ahora bien, dentro de las modalidades de intervención planteadas para estos casos y recabadas en la presente búsqueda, se resalta la utilización frecuente de terapias cognitivas-conductuales con el fin de reducir o eliminar la sintomatología presente frente al maltrato, mencionada al comienzo de este trabajo. Su reconocida eficacia para estos casos, evaluada en varias oportunidades que se plantean a continuación, se debe a que este tipo de terapias se basan fundamentalmente en la modificación de los pensamientos y las conductas que tienden a la desadaptación de la persona, mediante la utilización de las siguientes técnicas, entre otras:

- Entrenamiento en el control de activación: implica el control de la respiración, detención del pensamiento y relajación. En algunos casos incluso meditación y ejercicios de Mindfulness (atención plena) (Ghahari et al, 2017), efectiva para disminuir los síntomas de TEPT asociados a hiperactivación y promoviendo la adherencia al tratamiento por el intenso efecto percibido (Rincón et al, 2004).

- Psicoeducación: incluye, para estos casos, explicación acerca del género y la violencia de género con el fin de “modificar las creencias tradicionales acerca de los roles de género y las actitudes sexistas” (Matud et al, 2016, p.202). Se explica también el ciclo de la violencia y el porqué de la sintomatología postraumática permitiendo a la mujer comprender qué es lo que le pasa, entender que se trata de reacciones “normales” para las situaciones que han vivido, y que además es mucho lo que puede hacer por retomar el control de su vida (Labrador et al, 2009).
- Terapia cognitiva: constituida por la reestructuración cognitiva y solución de problemas, “además de reducir la sintomatología devuelve el control y la eficacia a los pacientes dotándolos de habilidades de afrontamiento, cosa que no logra la medicación...” (Cáceres Ortiz et al, 2011, p.18). Se incluyen asociadas a estas, técnicas para aumentar la autoestima, la autovaloración y la seguridad en sí mismas (Matud et al, 2016).
- Técnica de exposición: es reconocida como el tratamiento por excelencia para TEPT por permitir que la persona module sus sentimientos mediante la modificación de sus pensamientos y conductas (Jackson, Nissenon y Cloitre, 2009 citado por Cáceres Ortiz et al, 2011), en especial para disminuir los síntomas de reexperimentación (Rincón et al, 2004). Así mismo está comprobada su efectividad tanto en programas únicos como combinados o “multicomponentes”, resaltando sus resultados similares a la terapia farmacológica con paroxetina (Cáceres Ortiz et al, 2011, p.18).

Se destaca principalmente un programa de intervención psicológica de estas características, orientado a la disminución del TEPT en mujeres víctimas de violencia que ha sido replicado y evaluado en varias oportunidades, con controles pre y postratamiento.

Dicen Labrador et al que debido a las mencionadas consecuencias y al “grave nivel de inadaptación a las diferentes áreas de la vida” (2009, p.51) en las que estas derivan, se vuelve necesario la aplicación de un programa de tratamiento específico para estas mujeres. Plantean la eficacia de su programa de intervención breve (8 sesiones de 60 minutos) específicamente diseñado para mujeres que sufren TEPT a raíz de la violencia en la pareja. La misma fue contrastada tanto en su modalidad grupal (Cáceres

Ortiz et al, 2011; Labrador y Rincón, 2002) en las cuales la duración de las sesiones era mayor (8 sesiones de entre 90 y 120 minutos), como en la individual (Labrador et al, 2009), con un éxito en la superación del TEPT de aproximadamente el 85% en las dos modalidades, así como mejoras en el padecimiento de la sintomatología concomitante. Se resalta que, si bien estas mejoras son similares en ambas, es de esperar que en la individual se produzcan de forma más lenta “en especial las referidas a la adaptación social, por el hecho de que con el tratamiento en grupo desde el inicio se comienza a crear una nueva red social.” (Labrador et al, 2009, p. 65). De hecho, en su replicación por Cáceres Ortiz et al (2011) en modalidad grupal de 4 a 6 mujeres por grupo, se constata un éxito mayor en lo referente a inadaptación en el post-tratamiento (evaluaciones al mes, tres meses y seis meses), manteniéndose y mejorando a excepción del área de pareja cuya adaptación se reconoce difícil de recuperar, necesitando aún más tiempo. Por este motivo, parecería adecuado plantear que, en paralelo al tratamiento individual, se complemente con sesiones de grupo con aquellas mujeres que logren implicarse en el mismo.

Otro de los estudios encontrados que investiga acerca de la eficacia de este tipo de terapias, es el estudio para evaluar la efectividad de la terapia cognitiva basada en el Mindfulness (Ghahari et al, 2017), específicamente para reducir la ansiedad y la depresión en mujeres que presentan dicho diagnóstico a raíz de haber sufrido violencia. El mismo también plantea una intervención breve (8 sesiones de 45 minutos) y grupal (15 mujeres), postulando que el entrenamiento basado en la atención plena (Mindfulness), junto con la integración de las técnicas de meditación y control físico, puede ayudar a aumentar la conciencia de los pensamientos, sentimientos y sensaciones físicas automatizadas, logrando estar en el aquí y ahora. De hecho, en el postratamiento se hallaron cambios en los pensamientos y creencias negativas, así como en el control de las disfunciones cognitivas, ayudando a disminuir la sensación de angustia y la preocupación en las participantes, a la vez que aumenta la sensación de tener el control de su propia vida.

Por último, se presenta la evaluación de la eficacia del programa de intervención psicológica para mujeres maltratadas por su pareja, desarrollado por Matud et al (2016) siguiendo la Guía de tratamiento de Matud, Padilla y Gutiérrez (2005) en el que también predominan las técnicas cognitivo-conductuales pero en combinación con estrategias planteadas desde la psicología positiva “...tales como; promover sus habilidades,

fortalezas y recursos y enfatizar la construcción de soluciones y la agencia personal.” (Matud et al, 2016, p.201). La misma se realizó en formato grupal conducido por 2 psicólogas, aunque los autores indican su eficacia igualmente para los casos individuales o combinados, con el objetivo de ayudar a las mujeres a 1) aumentar su seguridad, 2) recuperar el control de sus vidas y 3) subsanar el impacto psicológico generado por el maltrato. Llama positivamente la atención al presente trabajo, a diferencia de las modalidades hasta aquí expuestas, la flexibilidad en cuanto a la extensión. Dicen los autores que, aunque la Guía de tratamiento original está estructurada en 10 sesiones, la cantidad llevada a cabo en esta aplicación fue mayor, promediando entre 15 y 20 sesiones en formato semanal de 2 horas aproximadamente cada una, adaptándose al ritmo y necesidades de las participantes. Para evaluar su eficacia se realizaron seguimientos una vez finalizado y a los 3 y 6 meses. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la reducción de sintomatología de TEPT, ansiedad y depresión, así como un aumento en la autoestima de las participantes y una percepción de mayor apoyo social, aspectos que se mantuvieron en los controles.

8. Conclusiones

De la revisión bibliográfica realizada se desprende el interés de carácter relativamente reciente por la temática, no solo en Uruguay, sino también en el resto del mundo, encontrándose resultados que no van más allá de los últimos 20 años. Sin embargo, se hace evidente el aumento del mismo ya que varios países dieron sus primeros pasos en el estudio de las consecuencias y tratamiento de la violencia de género.

Para el caso de Uruguay, puede percibirse la inexistencia de producción específica de conocimiento sobre el tema ya que el único artículo que se encuentra es del año 2019 y da cuenta de la falta de investigaciones e intervenciones a nivel nacional. Este hallazgo visualiza en primer lugar, lo tardío de la iniciativa para nuestro país que se coloca dentro de los últimos hasta la fecha en generar una primera instancia de producción. Esto se asocia a la urgencia de sistematizar datos y generar herramientas propias al contexto uruguayo, eficaces para el mismo; producción que inaugure la autonomía y emancipación de los conocimientos provenientes del resto del mundo, acompañando su evolución. En segundo lugar, se esperaría que, acompañado por la normativa nacional vigente y reciente mencionada al comienzo del trabajo, este primer paso configure el punto de partida para la investigación e intervención en esta área, que

brinde datos y herramientas propias y eficaces para la población uruguaya, base ésta del avance en materia de comprensión de la prevalencia de unas consecuencias psicológicas particulares, así como del desarrollo de políticas públicas que apunten a su prevención. Asimismo, intervenciones y tratamientos específicos, en particular de carácter psicoterapéutico, que comiencen a mitigar los efectos de la violencia de género en las mujeres uruguayas, se posibilitarían a raíz de dichas producciones.

A nivel mundial, se observa que el caso de Perú, Irán y Pakistán es similar al de Uruguay, países donde aparecen recientemente estudios nacionales. Por su parte, España y Colombia fundamentalmente constituyen los referentes principales en la temática, con años de sumatoria de aportes tanto teóricos como prácticos, sumamente ricos y específicos que han permitido la revisión y confirmación de la eficacia de ciertos métodos y teorías en el abordaje de la violencia de género.

Puede apreciarse que las teorías recabadas para explicar el mantenimiento de los vínculos violentos por parte de las mujeres, en lo que respecta a procesos psicológicos y personológicos, encuentran correspondencia con las técnicas aplicadas para su tratamiento y reeducación, logrando elevados niveles de éxito que comprueban su eficacia. Estas últimas aparentan, a pesar de lo breve de sus plazos establecidos, abarcar todas las fases por las que la mujer suele pasar en relación a la violencia, tomando en cuenta las dinámicas puestas en juego. Sin embargo, es mucho lo que queda por estudiar y comprobar con respecto al tratamiento dirigido a mujeres adultas víctimas de violencia.

En primer lugar, y en acuerdo con las reflexiones realizadas por los propios autores de los artículos referidos a la intervención, parece necesario contar con más casos de aplicación individual que expongan su eficiencia para los casos mencionados, en esta línea de investigación-intervención.

A su vez, sería interesante explorar y profundizar en nuevas áreas y modalidades que algunos autores ya introducen como es en este caso el Mindfulness o la psicología positiva, a fin de recabar todas las herramientas que resulten útiles para revertir los efectos negativos de la violencia en las mujeres. Esto incluye así mismo, la posibilidad de evaluar la efectividad de otro tipo de psicoterapias y sus correspondientes técnicas, que además de resultar útiles en el alivio sintomatológico, logren trascender los plazos preestablecidos para ajustarse a un acompañamiento más personalizado que abarque momentos posteriores.

Se entiende la necesidad, en estos casos, de un efecto rápido de la intervención, pero posterior a esta mejora inmediata parecen descuidarse posibles recaídas y la importancia de mantener un espacio seguro y de confianza que quizás aún la mujer no haya establecido en otros ámbitos; la familia, el grupo de amigos y lo laboral, constituyen áreas que, como pudo apreciarse, se encuentran muchas veces profundamente afectadas y en las cuales reinsertarse es un proceso que ha demostrado llevar tiempo. Si bien las intervenciones planteadas incluyen seguimiento, en general a los 3 y 6 meses, tienen al parecer como único propósito evaluar la continuidad de la mejora en lo respectivo a síntomas.

Todo el material y herramientas recabadas en esta búsqueda no parecen indicar una incompatibilidad de las diferentes teorías, por lo cual sorprende que otras psicoterapias no hayan sido estudiadas, incluso en conjunto con las hasta aquí presentadas. Este tipo de abordajes podrían aportar al tratamiento psicoterapéutico de mujeres víctimas de violencia, quienes necesitan que todos los recursos sean puestos en juego tanto para salir del círculo violento y contrarrestar los síntomas asociados, como para rehacer “el día después”, poder proyectarse y construir vínculos sanos con ella misma y con el entorno.

Esto no quiere decir que los planteos expresados no sean útiles, todo lo contrario. Lo hasta aquí planteado y estudiado brinda una base sólida sobre la cual se podría continuar trabajando y mejorando, en la búsqueda de modalidades que permitan mantener un espacio de apoyo hasta que tanto la mujer como el/la psicoterapeuta lo consideren necesario.

Considerando los mencionados procesos de adaptación a la violencia y las modificaciones en la personalidad que la misma genera tras varios e incluso muchos años de sufrirla, agravándose y volviendo a la mujer cada vez más vulnerable con el paso del tiempo, no caben dudas de que el proceso de salida puede llevar mucho más que dos o tres meses de psicoterapia. Entonces, ¿por qué establecer a priori y con rigidez los plazos del acompañamiento?, ¿por qué excluir la posibilidad de continuar más allá de lo pautado en el tiempo por las técnicas cognitivas-conductuales, así sea con otro tipo de técnicas adaptadas al momento que la mujer atraviese en lo que respecta a su proceso personal?

Se espera que este “vacío” que configura hasta ahora el momento posterior a esas pocas sesiones establecidas previamente para la vida de la mujer, encuentre espacios de

sostén que eviten la posibilidad de que la mujer continúe en situación de vulnerabilidad y sin apoyo profesional, ya que este es muchas veces el único apoyo con el que se cuenta.

9. Referencias bibliográficas

- Ahmad, A., Aziz, M., Anjum, G. & Mir, F. (2018). Intimate partner violence and psychological distress: Mediating role of Stockholm Syndrome. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 33 (2), 541-557.
- Amar Amar, J. & Ocampo Otalvaro, L. (2012) Post traumatic stress disorder and adaptive capacity in victims of intimate partner violence. *Psicología desde el Caribe*, 29 (2), 257-275.
- Amor, P., Echeburúa, E., de Corral, P., Zubizarreta, I. & Sarasua, B. (2002) Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias de maltrato. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2 (2), 227-246.
- Cáceres Ortiz, E., Labrador Encinas, F., Ardila Mantilla, P. & Parada Ortiz, D. (2011) Tratamiento cognitivo conductual centrado en el trauma de mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 5 (2), 13-31.
- Castro Perez, R. (2012) Problemas conceptuales en el estudio de la violencia de género. Controversias y debates a tomar en cuenta. En Baca Tavira, N. & Vélez Bautista, G. (Coords.), *Violencia, género y la persistencia de la desigualdad en el Estado de México*. 17-35. Buenos Aires: Ed. Mnemosyne.
- Devries, K., Mak, J., Bacchus, L., Child, J., Falder, G., Petzold, M., Astbury, J & Watts, C. (2013) Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: A systematic review of longitudinal studies. *PLOS Medicine*, 10 (5).
- Ghahari, S., Khademolreza, N., Sadeghi Poya, F., Ghasemnejad, S, Gheitarani, B. & Reza Pirmoradi, M. (2017) Effectiveness of Mindfulness techniques in decreasing anxiety and depression in women victims of spouse abuse. *Asian Journal of Pharmaceutical Research and Health Care*, 9 (1), 28-33.
- Hijar, M., Avila Burgos, L. & Valdez Santiago, R. (2006) ¿Cuándo utilizan servicios de salud las mujeres que viven en condiciones de violencia de pareja? *Salud Mental*, 29 (6), 57-64.
- Ibaceta, F. (2011) Violencia en la pareja: ¿Es posible la terapia conjunta? *Terapia Psicológica*, 29 (1), 117-125.
- INE, INMUJERES & MIDES (2013) *Primera Encuesta Nacional de Prevalencia Sobre Violencia Basada en Género y Generaciones*. República Oriental del Uruguay.

- INE, INMUJERES & MIDES (2019) *Segunda Encuesta Nacional de Prevalencia Sobre Violencia Basada en Género y Generaciones*. República Oriental del Uruguay.
- INE & MSP (2013) *Encuesta de Prevalencia de Violencia Doméstica*. República Oriental del Uruguay.
- Iragorri, A., Rosas, L., Hernández, G. & Orozco-Cabal, L. (2009) Efectos neurobiológicos de la psicoterapia. *Revista Med*, 17 (1), 75-80.
- Labrador, F., Fernández Velasco, R. & Rincón González, P. (2009) Evaluación de la eficacia de un tratamiento individual para mujeres víctimas de violencia de pareja con trastorno de estrés postraumático. *Pensamiento psicológico*, 6 (13), 49-68.
- Ley N°19.580 (2017) Ley de violencia hacia las mujeres basada en género. Modificación a disposiciones del código civil y código penal. Derogación de los arts. 24 a 29 de la Ley 17.514. Uruguay.
- Llosa Martínez, S. & Canetti Wasser, A. (2019) Depresión e ideación suicida en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 9 (1), 126-144.
- López Angulo, L. & Apolinaire Pennine, J. (2005) Violencia contra la mujer: su dimensión psicológica. *Medisur*, 3 (2), 39-81.
- López Angulo, L., Apolinaire Pennine, J., Array, M & Moya Ávila, A. (2006) Autovaloración en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Medisur*, 4 (1), 9 - 12.
- Manjón González, J. (2012) Psicoterapia ambulatoria con mujeres víctimas de violencia de pareja. Una propuesta desde el Modelo Transteórico del Cambio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32 (113), 83-101.
- Mata Gil, S., Sánchez Cabaco, A., Fernandez Mateos, L., González Díez, S. & Pérez Lanchó, M. (2014) Protocolo de Screening de hipervigilancia emocional en el trastorno de estrés postraumático en víctimas de violencia de género. *INFAD Revista de Psicología*, 2 (1), 187-204.
- Matud Aznar, M., Gutierrez, A. & Padilla, V. (2004) Intervención psicológica con mujeres maltratadas por su pareja. *Papeles del Psicólogo*, 25 (88), 1-9.
- Matud Aznar, M., Padilla, V., Medina, L. & Fortes, D. (2016) Eficacia de un programa de intervención para mujeres maltratadas por su pareja. *Terapia Psicológica*, 34 (3), 205-214.
- Montero Gómez, A. (2001) Síndrome de adaptación paradójica a la violencia doméstica: una propuesta teórica. *Clinica y Salud*, 12 (1), 5-31.

- Neves, S., Cunha, C., Grangeia, H. & Correia, A. (2015) GRUPOS DE REFLEXÃO E AÇÃO: UMA INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA FEMINISTA COM MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA NA INTIMIDADE. *Ex aequo*, 31, 13-28.
- Otero, I. (2009) Mujeres y violencia. El género como herramienta para la intervención. *Política y Cultura*, 32, 105-126.
- Parada Torres, E. (2008) *Psicología y emergencia. Habilidades psicológicas en los profesionales de socorro y emergencia*. Sevilla, España: Desclée de Brouwer.
- Rincón, P., Labrador, F., Arinero, M. & Crespo, M. (2004) Efectos psicopatológicos del maltrato doméstico. *Avances en Psicología Latinoamericana*, (22), 105-116.
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., Echeburúa, E. & de Corral, P. (2007) Perfil psicopatológico diferencial de las víctimas de violencia de pareja en función de la edad. *Psicothema*, 19 (3), 459-466.
- Tiburcio Sainz, M., Natera Rey, G. & Berenzon Gorn, S. (2010) Utilización de servicios de atención a la salud mental en mujeres víctimas de violencia conyugal. *Salud Mental*, 33 (3), 243-248.
- Vásquez Machado, A. (2007) Relación entre violencia y depresión en mujeres. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 70 (14), 88-95.
- Vilariño, M., Amado, B., Vázquez, M. & Arce, R. (2018) Psychological harm in women victims of intimate partner violence: Epidemiology and quantification of injury in mental health markers. *Psychosocial Intervention*, 27 (3), 145-152.
- Walker, L. E. (2017) *The battered woman syndrome*. New York: Springer Publishing Company. Disponible en: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=Rq8-DAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=the+battered+woman+walker&ots=PA__2W1iwI&sig=efZzuJFvJN3RCmVmYhpnBHlaU4o#v=onepage&q&f=false
- Weitzman, A., Cowan, S. & Walsh, K. (2017) Bystander interventions on behalf of sexual assault and intimate partner violence victims. *Journal of Interpersonal Violence*, 1-25.
- Yugueros García, A. (2015) Intervención con mujeres víctimas de violencia de género: Educar e informar para prevenir. *Revista Historia de la Educación Latinoamericana*, 17 (24), 191-216