

**UNIVERSIDAD DEL NORTE SANTO TOMÁS DE AQUINO**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

*Licenciatura en Psicología*



***“Violencia de género. Análisis de los trastornos  
psicológicos derivados”***

Alumna:

Calleri, María Belén

Directora:

Lic. Rojas, Valeria

Año: 2018

## AGRADECIMIENTOS

*A la Lic. Valeria Rojas, quien con su amplia experiencia en el área me socorrió en cada duda, escuchó y ordenó, pacientemente, mis enmarañadas ideas llevando por buen camino la labor emprendida.*

*A Asociación Antígona por haberme brindado el espacio necesario para la elaboración de la investigación.*

*A mis papás quienes, sin escatimar esfuerzo, han sacrificado gran parte de su vida para formarme y educarme. A quienes nunca podré pagar todos sus desvelos, y sabiendo que jamás existirá una forma de agradecer en esta vida de lucha y superación constante, deseo expresarles que mis ideales, esfuerzos y logros han sido también suyos. Los quiero mucho.*

*A mis hermanos Mariana, Silvia, Federico y Pablo, por la tolerancia, apoyo y amor recibido a lo largo de estos años de formación.*

*A mi hija Milagros, y a mi compañero de vida, por la paciencia infinita, el apoyo y el amor incondicional de todos los días.*

## INDICE

1. <i>Introducción</i> .....	4
2. <i>Marco teórico</i> .....	5
2.1 <i>La psicología jurídica</i> .....	5
2.2 <i>Concepto de violencia y sus tipos</i> .....	7
2.3 <i>La sociedad actual y las nuevas formas de malestar</i> .....	11
2.4 <i>Trastorno Psicológico</i> .....	13
2.5 <i>Trastornos psicológicos derivados de la violencia de género</i> .....	14
2.5.1 <i>Trastorno de Estrés postraumático</i> .....	16
2.5.2 <i>La depresión</i> .....	20
2.5.3 <i>Otros problemas asociados</i> .....	23
3. <i>La institución</i> .....	28
4. <i>Metodología</i> .....	33
5. <i>Trabajo de campo</i> .....	34
6. <i>Conclusión</i> .....	39
7. <i>Propuestas</i> .....	41
8. <i>Bibliografía</i> .....	43

## 1. INTRODUCCIÓN

El Trabajo Integrador Final (T.I.F.) consiste en un proceso de investigación, cuyo objetivo es la producción de un conocimiento teórico-práctico referido a algún área de la Psicología. A su vez este refiere a la culminación de las Prácticas Profesionales Supervisadas realizadas en cinco áreas de incumbencia profesional diferentes para el psicólogo: Social, Jurídica, Laboral, Clínica y Educacional; siendo éstas requisito obligatorio en la curricula para la obtención del título de Licenciado en Psicología.

En el caso del presente trabajo se desarrolla la práctica llevada a cabo en el área de Psicología Jurídica. La misma, fue realizada dentro de la “Asociación Antígona” la cual es una Organización No Gubernamental (ONG) creada por un grupo de profesionales especializados en la temática de la violencia, con el objetivo de dar respuesta a la demanda social. Dicha institución recibe principalmente personas derivadas desde la Oficina de Violencia de Género (O.V.D), cuyo procedimiento de asistencia a la víctima posee como último paso la derivación, para que la persona tenga la posibilidad de obtener asistencia psicológica y/o social de los organismos públicos y/o privados con los que la O.V.D coordina, específicamente en este caso son derivados a la Asociación Antígona.

El objetivo de lo que se redacta a continuación es dar cuenta, a partir de la mencionada experiencia, de los trastornos psicológicos derivados de la violencia de género, del rol del Psicólogo en el ámbito de violencia doméstica, cuál sería su intervención y de qué modo la misma daría lugar a la posibilidad de un tratamiento más efectivo.

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1 La psicología jurídica

De acuerdo con la temática elegida de la violencia de género, considero pertinente conceptualizar a la psicología jurídica en cuanto abarca el área familiar. Respecto a lo planteado por el autor Rubio, Manuel, dicha área corresponde al ámbito de trabajo del psicólogo que, con planteos y métodos propios de abordaje, se encuentra con escenarios de cruces con el discurso del derecho, es por esto que también se la suele denominar “psicología legal”, en tanto atiende a una praxis.

La psicología jurídica abarca toda actividad humana en relación con la norma jurídica, específicamente incluye el asesoramiento en la redacción como en la reglamentación de normas jurídicas en temas que le competen en tanto psicólogo, como en el trabajo en los departamentos legales de centros de internación o asistencia en salud mental; también participa en el ámbito de familia o en instituciones, sean: criminológicas, penitenciarias, de asistencia a niños y adolescentes, u otras, donde, según los casos, su quehacer a veces está en directa relación a la de la psicología clínica.

Dicha rama de la psicología requiere del conocimiento específico de psicología general, de psicología del desarrollo, de la estructura y dinámica del hombre sano en sus distintas conceptualizaciones, del abordaje de las estructuras psicopatológicas en las distintas orientaciones, con las técnicas semiológicas y de exploración correspondientes, el conocimiento de la dinámica familiar y grupal, así como también una clara formación antropológica.

La psicología jurídica, es una respuesta ante una demanda social, es decir que es el psicólogo quien debe generar un lugar para poder realizar la operatoria que le permita su respuesta psicológica. En este sentido, su tarea es muy clara: la de ser un asesor desde su disciplina específica y no la de ser un testigo a posteriori del hecho en cuestión, en segundo lugar, al

atender a una persona que es traída, el profesional debe generar la situación para que esta sea artífice de su acto.

Es así, que el modo en que el psicólogo realice su tarea será desde su discurso disciplinar, según el campo epistémico en el que se posicione, sea éste, el de la mirada con su lectura informativa o bien el de la escucha con sus lecturas hermenéutica o mayéutica.

El profesional especializado en la psicología jurídica, recibirá demandas del fuero civil, cuando esté en cuestión la capacidad o incapacidad civil, por inhabilitación, declaración de demencia o condiciones para testar por ejemplo; en el orden familiar, ante impedimentos, solicitud de nulidad, divorcios o separaciones por causa psicopatológica, así como la tenencia y restitución de hijos, los regímenes de visita, adopción, crisis familiares judicializables, y las varias formas en las que puede expresarse la violencia familiar; como en lo civil, en el fuero laboral se realizan planteos por daño psíquico, por indemnización debida a enfermedad profesional, sinistrosis, o bien jubilaciones por invalidez de causa psíquica o psicopatológica; en el ámbito penal los casos que se planteen la imputabilidad o inimputabilidad del autor de un hecho.

Norma Miotto, la define como el estudio de los comportamientos de las personas y de los grupos en cuanto que tienen la necesidad de desenvolverse dentro de los ambientes regulados jurídicamente, así como de la evolución de dichas regulaciones jurídicas o leyes. Entre las áreas de la psicología jurídica, se encuentra la Psicología Forense, Urra Portillo (2002) afirma que: “la psicología forense es la ciencia que enseña la aplicación de todas las ramas y saberes de la psicología ante las preguntas de la justicia y coopera en todo momento con la administración de la justicia actuando sobre el foro mejorando el ejercicio del derecho”.

## 2.2 Concepto de violencia

Debido a la especificidad del tema considero importante definir el concepto de **violencia**, el cual no tiene un significado absoluto sino más bien es un concepto polisémico.

En el sin fin de sentidos posibles de esta significación, me remito a la etimología de la palabra violencia: deriva del latín *Vis*, que significa fuerza, se forma el adjetivo *Violens*, *Violentis* -violento-. El nominativo acusativo plural es *Violentia* como “conjunto de cosas o acciones violentas”, se liga al uso de una fuerza abierta u oculta, con el fin de obtener de un individuo o grupo, lo que quieren conseguir libremente (Grosman, 1992).

Violencia es una forma de ejercer poder, aparece tras ella una noción de jerarquía: el poder se ejerce sobre alguien situado en una posición inferior (Grosman, 1992).

La Organización mundial de la salud (1993) define la violencia “como el uso intencional de la fuerza física o el poder contra uno mismo, hacia otra persona, grupos o comunidades y que tiene como consecuencias probables lesiones físicas, daños psicológicos, alteraciones del desarrollo, abandono e incluso la muerte”.

Por lo tanto, el constructo violencia posee múltiples interpretaciones enmascaradas en distintos enfoques teóricos, contextos sociales y momentos históricos dándole así, una significación dinámica y polisémica. La violencia debe interpretarse como un fenómeno relacional que emerge en las configuraciones sociales producidas por las interrelaciones de individuos en sociedad, esto es, inmersos en una estructura social y cultural condicionada en tiempo y espacio.

Cuando hablamos de **violencia contra las mujeres**, quizás lo primero que se nos viene a la mente es un golpe, sin embargo, existen muchos otros tipos de violencia que ni siquiera nos damos cuenta porque los vemos como hechos normales, e incluso culturalmente nos hemos “acostumbrado” a ellos. Tal como plantea Hirigoyen, solo vemos del fenómeno su parte visible, la agresión física. Lo cual solo constituye un aspecto del problema, la punta visible del iceberg.

Por esto, es importante difundir información sobre los diferentes tipos de violencia para poder identificar la misma y prevenir dichas situaciones. La Ley N° 26.485 previene, sanciona y erradica la violencia contra las mujeres en cualquiera de los ámbitos en que se desarrollen sus relaciones interpersonales. En la misma, se mencionan los distintos tipos de violencia:

- **Violencia Física.**

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.

- **Violencia Psicológica.**

La que 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.

- **Violencia Sexual.**

Cualquier acción que implique la vulneración en todas sus formas, con o sin acceso genital, del derecho de la mujer de decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio o de otras relaciones vinculares o de parentesco, exista o no convivencia, así como la prostitución forzada, explotación, esclavitud, acoso, abuso sexual y trata de mujeres.



- **Simbólica.**

La que, a través de patrones estereotipados, mensajes, valores, íconos o signos transmita y reproduzca dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales, naturalizando la subordinación de la mujer en sociedad.

- **Económica y patrimonial.**

La que se dirige a ocasionar un menoscabo en los recursos económicos o patrimoniales de la mujer, a través de la perturbación de la posesión, tenencia o propiedad de sus bienes, pérdida, sustracción, destrucción, retención o distracción indebida de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes valores y derechos patrimoniales.

- **Violencia laboral.**

La violencia laboral es un abuso que ocurre cuando un jefe o jefa utiliza su poder para molestar a una empleada de menor rango al grado de presionarla para que acepte sus invitaciones, sobre todo del tipo sexual, a cambio de algún beneficio, incluso al costo de mantener o no su empleo.

- **Violencia comunitaria.**

Durante mucho tiempo, la violencia comunitaria se manifestaba al discriminar a mujeres y hombres de ciertas ocupaciones, carreras u oficios; por ejemplo, a muchos hombres no se les permitía estudiar carreras consideradas de mujeres y viceversa, e incluso se les negaba un servicio sólo por su género.

- **Otras formas de violencia.**

Cualquier otra forma análoga que lesione o sea susceptible de dañar la dignidad, integridad o libertad de las mujeres.

Diversos estudios sobre la Violencia doméstica presentan datos del por qué se produce esta situación. Conde (2002) en su investigación, concluyó que la violencia doméstica se debe a que la mujer ha sido educada para que autorice pautas de sumisión, dependencia, pasividad,

inseguridad y desconfianza; razones de índole educativas son las causas de violencia doméstica, así como la diferenciación de poder en los géneros masculino y femenino. La sociedad ha otorgado una posición superior, apoyando así la conducta agresiva masculina aceptable. Es por esto, que conviene educar a la mujer sobre sus derechos, recordando que, en el hogar empieza cualquier tipo de educación. La cultura es un factor influyente en aceptar o no la violencia contra la mujer.

González (1999), en la tesis, Estudios de género en la universidad de la Habana, se refiere específicamente hacia la mujer que posee un nivel académico superior, dicho estudio basado en documentos de encuesta, revelan que las mujeres con más educación son las que se están levantando para expresar el rechazo a todo tipo de violencia y discriminación. Dicho estudio pretende contribuir a una cosmovisión de la humanidad que no excluya a la mujer como una parte activa de la realidad social. Agrega también, que cada vez más la inclusión de las mujeres en diferentes áreas universitarias hace que su voz sea escuchada.

López (2000), establece que un factor influyente en la violencia doméstica lo constituyen estereotipos sexuales, que son todas aquellas ideas, prejuicios, creencias y opiniones preconcebidas, impuestas por medio social y cultura, imprimen tal fuerza que llegan a considerarse como verdaderos, lo cual en realidad no son y se traducen en actitudes, representaciones, sentimientos, acciones, actividades y comportamientos. Justifican subordinación, dependencia y desigualdad social de la mujer. Algunos ejemplos: los hombres no lloran, son machos, la mujer debe aprender a cocinar, lavar y planchar para cuando se case, los niños no deben jugar con muñecas, las mujeres deben hacer caso y no pedir explicaciones.

González y Gavilano (2000), piensan que la pobreza parece ser un factor importante, pero es difícil determinar en qué medida, muchos estudios indican una correlación entre violencia doméstica y grado de pobreza de la población, mientras que otros análisis muestran que este fenómeno atraviesa las líneas divisorias, entre clases sociales y las afecta a todas sin distinción.

Algunos afirman que la incidencia aparentemente mayor de violencia entre pobres se debe a un sesgo en métodos de recopilación de datos: grupos de mayor ingreso pueden mantener mejor intimidad que sectores pobres. Según esta opinión, violencia doméstica no prevalece más entre pobres, sino que es más obvia.

### **2.3 La sociedad actual y las nuevas formas de malestar**

Si bien la violencia es ancestral y ha existido desde siempre, en la actualidad nos encontramos frente a otro tipo de violencia; antes era la violencia de las religiones, de las revoluciones, guerras de las naciones y poco se hablaba de ellas. En cambio, la violencia actual no se sostiene en lógicas ni códigos, no tiene fronteras ni tiene otro fin más que la violencia misma. La agresión se presenta en nuestros días en distintos ámbitos, como ser: el familiar, doméstico, escolar, en la calle, en el deporte, incluso en Internet.

La violencia actual sería uno de los efectos, quizás el más llamativo, de la agonía o el derrumbe del proyecto moderno y del juego interno de las nuevas reglas que operan en lo social, lo político y lo económico, en el cual desaparecen las fronteras y caen los grandes relatos. La violencia aparece como un emergente de las nuevas subjetividades, como un síntoma, como un velo o un fantasma llevado al acto para encubrir, al decir de Ons (2009), lo imposible de soportar.

En tanto actual, en palabras de Zygmunt Bauman (2002, 2003, 2007), la violencia remite a una “modernidad líquida” en la que nos encontramos en este tiempo. Dicho autor, se preocupa desde su perspectiva por la fragilidad de los vínculos que el sujeto establece con los otros en nuestros días. A través de un análisis de la sociedad actual, denomina nuestros tiempos: “modernidad líquida”, señalando que su sello particular es que se ha vuelto poco hospitalaria, trastocando entre otras cosas, las formas y el orden de sociabilidad, donde ya no se habla de “vínculos”, sino de “contactos” y de “conexión”, en referencia a la relación creada entre el

hombre y la máquina. Allí es donde el otro se vuelve un objeto consumible, desechable y valorado de acuerdo con la cantidad de placer que puede otorgar.

Las distintas formas que designan algún modo de agresión surgen a partir de la década de 1960 y se presentan en nuestros tiempos como uno de los principales síntomas sociales (Cohen Imach, 2001; Ons, 2009), como un emergente de nuestra sociedad, del cual hoy algo comienza a hablarse, a circular, pero que hasta hace unos años solo latía desde lo oculto, funcionando en silencio. No significa que no existía, sino que era mudo.

Se hace alusión a **síntoma** en tanto aquello extraño para el sujeto; algo que preocupa y angustia por ser desconocido. Sabemos, por el psicoanálisis, que todo síntoma es además un mensaje, algo que quiere ser dicho, pero que, al no poder ser enunciado como tal, se oculta tras una máscara, tras un disfraz. Desde aquí la violencia se convierte en este disfraz que oculta y da cuenta de la historia de un sujeto, conflictiva y angustiosa la mayoría de las veces. Es aquí donde en lugar de lo que no puede ser dicho, aparece la agresión y el acto violento (Cohen Imach, 2001).

Dicho síntoma tiene su raíz social ya que es la sociedad la que en este momento se preocupa, se interroga y se cuestiona, aunque en general, niega y tapa sus propios malestares y sufrimientos aislándolos (locura, pobreza, discapacidad, violencia, muerte).

Actualmente en nuestro país, de acuerdo con estudios realizados por profesionales del centro de investigaciones sociales de UADE-voices (2015), se concluyó que de acuerdo a la muestra tomada (1008 mujeres de entre 16 años y más) 1 de cada 10 mujeres reconocieron haber sido maltratadas física o psíquicamente por su pareja el último año mientras un 4% dijo haber sufrido este tipo de violencia en los últimos 12 meses, siendo éste común en femeninas de entre 25 y 34 años, sin relación alguna con el nivel socioeconómico o de educación.

## 2.4 Trastorno Psicológico

El trastorno psicológico, o también conocido como trastorno mental, se define como un patrón de síntomas psicológicos o de comportamiento que afectan a varias áreas de la vida y/o crean alguna clase de malestar emocional en la persona que lo padece. Provoca en algunos casos, que no se pueda llevar una vida normal o la necesidad de un tratamiento constante.

Se habla de trastorno cuando el problema limita la vida de la persona que lo padece y se convierte en una causa desadaptativa y disruptiva.

La última revisión del DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) establece la siguiente definición: *“Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental.”*

Para la clasificación y el diagnóstico de los trastornos mentales, se utiliza el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) publicado por la Asociación Psiquiátrica Americana; y con frecuencia también la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) publicado por la Organización mundial de la salud, el cual se ocupa de clasificar y codificar toda clase de enfermedades no tan solo las relacionadas con problemas psicológicos o psiquiátricos.

## 2.5 Trastornos psicológicos derivados de la violencia de género

Lejos de ser una crisis, como plantean algunos autores, el hecho violento constituye un choque, un impacto y, por tanto, deja marcas físicas, y sobre todo una profunda conmoción psíquica. La restauración del equilibrio perdido depende de cómo el sujeto resuelva este impacto, y supone los conceptos de elasticidad y plasticidad psíquicas. Si bien los acontecimientos violentos desbordan la capacidad de respuesta adecuada, y provocan afectos

penosos que tienden a desorganizar el psiquismo sin llegar a implicar una desconexión de la realidad, no todo hecho violento ingresa en el psiquismo como trauma (Velázquez, 2004). El hecho de que adquiera o no la dimensión de tal estará relacionada con las condiciones psicológicas del sujeto, así como también de sus posibilidades o no de integrar la experiencia a su historia y de poner en funcionamiento defensas psíquicas que le permitan sobrellevar la tragedia (Velázquez, 2004; Calvi, 2005).

En palabras del autor Echeburua, quien comenta en la introducción de su libro “Superar un trauma” (2004): “Los malos ratos se olvidan, pero queda en el pozo de la memoria la huella del sufrimiento”. Esta frase contiene la esencia de uno de los problemas más graves secundarios a los malos tratos, las secuelas psicológicas. Para entender la trascendencia que tienen los malos tratos en la vida de las víctimas quizás debamos comenzar por diferenciar los conceptos **“lesión psíquica”** y **“secuela psicológica”**.

Las **lesiones psíquicas** sobrevienen tras la experimentación de un suceso violento. Estaríamos hablando de una reacción aguda a la situación padecida.

Ante dicha reacción, la víctima queda sumida en un estado psíquico que la incapacita parcial o totalmente para retomar su vida normal, las mismas se objetivan a través de la sintomatología cognitiva, conductual y fisiológica.

-Nivel cognitivo: Miedos, confusión pensamientos y recuerdos intrusivos, rumiación sobre el hecho traumático, flash backs, sensación de indefensión, sensación de culpabilidad, pérdida de autoconfianza, anhedonia, autoestima deteriorada, tristeza, vergüenza, problemas de concentración y memoria.

-Nivel conductual: Apatía, dificultad para la ejecución de tareas cotidianas, resistencia a salir del domicilio, consumo de fármacos, alcohol o drogas.

-Fisiológico: Sobresaltos, taquicardias, sudoración profusa, trastornos del sueño, alteraciones gastrointestinales, temblores, problemas respiratorios, vaginismo, pérdida de la libido, anorgasmia.

Entre los diagnósticos más habituales asociados a las lesiones psíquicas, se encuentran:

- los **trastornos del estado de ánimo** (trastorno distímico, depresión),
- los **trastornos de ansiedad** (trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo)
- el **síndrome de estrés postraumático** (TEPT),
- **trastornos alimentarios** (anorexia, bulimia, síndrome de caos alimentario),
- alcoholismo, drogodependencias. Echeburua (2004)

Por otro lado, estarían las **secuelas psicológicas**, cuando una lesión psíquica no es adecuadamente tratada, o el tratamiento no consigue los resultados esperados, la lesión queda permanentemente en la psique de la víctima, convirtiéndose en una alteración irreversible que condicionará toda su vida futura. En otros términos, la secuela sería la cronificación de la lesión si no ha remitido de forma espontánea con el tiempo, no ha sido tratada o el tratamiento no ha tenido resultados eficaces.

Es recomendable destacar que los síntomas y malestares que presenta una mujer que está o ha sido maltratada no configuran ninguna enfermedad o trastorno mental en sí mismos, los síntomas psicológicos y físicos, muchas veces son consecuencia de la exposición diaria a la violencia.

### **2.5.1 Trastorno de Estrés postraumático**

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) describe un patrón de síntomas que se puede desarrollar en individuos que hayan estado expuestos a estímulos estresantes de tipo traumático, donde se ve puesta en riesgo su propia integridad física o la de los demás.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta versión revisada (DSM-IV-TR) (APA, 2002), utilizado para desarrollar los estudios que forman parte

y constituyen esta tesis de grado, el TEPT aparece cuando la persona haya padecido, haya sido testigo o haya sabido a través de personas cercanas de la existencia de acontecimientos de agresión física o que supongan una amenaza para su vida, su integridad o la de otra persona y cuando la reacción emocional experimentada implica una respuesta intensa de temor, desesperanza y horror. Además, se indica que, para su diagnóstico es necesario que exista al menos un síntoma de **reexperimentación**: imágenes, pesadillas o flashbacks.

Los teóricos asumen que los síntomas de reexperimentación se deben a la manera como las memorias traumáticas fueron codificadas, organizadas en la memoria y recuperadas (Brewin, Dalgleish y Joseph, 1996, Ehlers y Clark, 2000; Foa y Meadows, 1997).

Otro criterio que considerar, según el DSM-IV-TR, hace referencia a la presencia de, al menos, tres síntomas de **evitación**. Las personas que padecen este problema tienden a evitar o escapar de situaciones asociadas al hecho traumático o bien conversaciones relacionadas. Cabe incluir la evitación cognitiva, donde la persona realiza esfuerzos para no pensar, no recordar o distraerse ante la intrusión de pensamiento. Por último, se expone que para que el diagnóstico exista es necesario que se cumpla el criterio de **activación fisiológica**, entre cuyas manifestaciones encontramos la taquicardia, la irritabilidad o la respuesta de alarma exagerada. La presencia de estos síntomas se debe prolongar durante al menos un mes desde el acontecimiento traumático y provocar malestar clínico o deterioro en áreas importantes de la actividad de la persona, en el trabajo, vida social, etc.

Se debe especificar si se trata de un TEPT agudo o crónico, esto es, si los síntomas duran menos de tres meses, o tres meses o más, respectivamente. Por último, cabe especificar si el inicio de síntomas es demorado (si entre el acontecimiento traumático y el inicio de síntomas han pasado como mínimo seis meses) (APA, 2002).

Según el CIE-10 (OMS; 1992), este trastorno surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente



amenazante o catastrófica, que causaría por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo. Algunos ejemplos de estos eventos serían las catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigos de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, violación o de otro crimen. A la vez, ciertos rasgos de personalidad o antecedentes de enfermedad neurótica, pueden ser factores predisponentes y hacer que descienda el umbral para la aparición del síndrome o para agravar su curso, pero estos factores no son necesarios ni suficientes para explicar la aparición.

Los síntomas característicos del TEPT serían los episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reminiscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de “entumecimiento” y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma. Suelen temerse o evitarse las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma. En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a él o ambos a la vez. Para el CIE-10 el estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, el incremento de la reacción de sobresalto e insomnio, se añade una ansiedad y depresión, donde no son raras las ideaciones suicidas. También el consumo excesivo de sustancias psicotrópicas o alcohol puede ser un factor agravante. Sobre la duración del trastorno para el CIE-10, se da desde que se comienza el evento traumático hasta unos meses, lo cual no llega a superar los 6 meses, el trastorno en pocos casos puede seguir un curso crónico y evolución hacia una transformación persistente de la personalidad (OMS, 1992).

La falta de apoyo social contribuye a la cronificación del trastorno. Este factor, además se ha visto asociado a peores resultados terapéuticos.

Según algunos autores el trastorno no remitirá en un tercio de las personas que lo haya padecido, incluso después de muchos años, tanto si han recibido tratamiento psicológico como si no (Kessler y Wang, 2008). De hecho, el TEPT crónico suele ser la forma más común del trastorno. Contrasta con el TEPT de inicio demorado, el cuál aparece en muy pocas ocasiones (Schnurr, Friedman y Bernardy, 2002).

Algunos factores que podrían predecir la aparición del TEPT en el caso de las mujeres que han padecido violencia de género serían: una larga duración del abuso, las lesiones, amenazas hacia su vida y la de sus hijos e hijas, las graves consecuencias del trauma, el bajo apoyo social y los problemas económicos (Echeburúa y Corral, 1998). Los factores que pueden contribuir a la aparición del trastorno son el escaso apoyo social, niveles de estrés habituales, y la severidad del trauma (Labrador y Cols, 2004).

De acuerdo con estudios realizados, existe una prevalencia del TEPT en mujeres víctima de violencia de género, entre un 33-64 %. Siendo la gravedad del trastorno, la duración e intensidad de la violencia (Golding JM et al, 1999).

A pesar de que ni el DSM-IV ni el CIE-10 comprenden específicamente a la violencia de género como uno de los acontecimientos que pueden desencadenar este trastorno, existen una serie de investigaciones que señalan que el TEPT es la principal repercusión en salud mental para la mujer maltratada (Amor, et al., 2001; Arias, 2004; Arroyo, 2002; entre otros).

En algunos casos los criterios de diagnósticos incluidos en el TEPT no parecen ser suficientes para cubrir la multitud y gravedad de las manifestaciones clínicas observadas en personas que han estado expuestas a experiencias traumáticas prolongadas. El síndrome propuesto se ha denominado “TEP complejo” o “Desorden de estrés extremo no especificado de otra manera” (DESNOS) (Herman, 1992; Van der Kolk, 2001). A pesar que la APA no ha incorporado en sus ediciones del DSM, es interesante nombrarlo porque el trastorno contempla diversas alteraciones observadas en distintas personas que han pasado un hecho traumático, ya

sea, ser rehén, prisionera de guerra, superviviente de campos de concentración, víctima de explotación sexual, víctima de abuso en la infancia o mujer superviviente de maltrato (Herman, 1997), estas alteraciones no necesariamente están incluidos en los criterios diagnósticos del DSM, por ejemplo, depresión, episodios de disociación, dificultades para regular la ira, problemas con las relaciones interpersonales o dificultades en la capacidad para experimentar placer o satisfacción, entre otros.

Los criterios propuestos por Herman (1997) para diagnosticar el DESNOS son siete:

- 1) Una historia de sometimiento a un control totalitario en un periodo de tiempo prolongado de meses a años.
- 2) Alteraciones en la regulación de las impresiones, incluyendo, disforia persistente, impulsos suicidas crónicos, autolesiones, ira explosiva o inhibida y sexualidad compulsiva o extremadamente inhibida.
- 3) Alteraciones de la conciencia, incluyendo, amnesia de los acontecimientos traumáticos, episodios disociativos pasajeros, despersonalización/desrealización, revivir experiencias tanto en forma de síntomas intrusivos del desorden de estrés postraumático como en forma de preocupación reflexiva.
- 4) Alteraciones en la percepción de si mismo, incluyendo, sensación de indefensión o parálisis de la iniciativa, vergüenza y culpa, sensación de profanación y estigma, sensación de absoluta diferencia con respecto a otros.
- 5) Alteraciones en la percepción del perpetrador, incluyendo, preocupación por la relación con el perpetrador, atribución no realista de poder total al perpetrador, idealización o gratitud paradójica, sensación de una relación especial o sobrenatural, aceptación del sistema de valores o de la racionalización de perpetrador.

- 6) Alteraciones en las relaciones con los demás, incluyendo, aislamiento y distanciamiento, perturbaciones en las relaciones íntimas, búsqueda constante de un rescador, desconfianza persistente, fracasos repetidos en la autoprotección.
- 7) Alteraciones en los sistemas de significados como pérdida de una fe de apoyo, sensación de indefensión y desesperación.

### **2.5.2 Depresión**

La depresión es uno de los trastornos más comunes en las mujeres maltratadas tal como indican una serie de investigaciones (Fletcher, 2010), esta presenta los mismos síntomas y características que cualquier depresión, y supone un variado conjunto de síntomas, que habitualmente pueden manifestarse como consecuencia de la aparición de estresores psicosociales.

Las teorías cognitivas plantean que la depresión es análoga a la indefensión aprendida, la persona aprendería a no tener control sobre los acontecimientos y que los eventos negativos se repetirían sin que puedan evitarlos, así el desarrollo de la depresión, una baja autoestima, apatía y déficit en la solución de problemas sería el cuadro que caracterizaría a las mujeres maltratadas (Labrador et al., 2004).

Según el DSM-IV-TR (APA, 2002), un episodio depresivo mayor se define por la presencia simultánea de una serie de síntomas que se dan durante un periodo continuado de dos semanas. Además, se requiere que, al menos, uno de esos síntomas sea necesariamente o bien un estado de ánimo triste o bien una pérdida de placer (anhedonia) con las cosas que esa persona solía disfrutar. Así como también, tristeza, apatía, falta de interés, falta de concentración, irritabilidad, pesimismo, culpabilidad, ansiedad, etc. También inciden otras características somáticas o físicas, como insomnio o exceso de sueño, problemas alimentarios por exceso o por defecto, disfunciones sexuales, dolores y molestias diversos.

Además, y particularmente por las circunstancias en las que se producen, se presentan los siguientes síntomas:

- Un malestar difuso e irritabilidad crónica.
- Incapacidad para pensar y actuar de forma lúcida y eficaz.
- Un descontento permanente de la relación de pareja (de la que muchas veces se siente culpable).
- Un retroceso o paralización de su desarrollo personal.
- Limitación de su libertad y autonomía.
- Desmoralización e inseguridad y falta de auto credibilidad.
- Actitud defensiva o de queja constante e ineficaz.
- Deterioro, a veces muy grande, de su autoestima.

Vázquez y Sanz (1999) señalaron que la mayor predisposición femenina a padecer depresión no es resultado de ningún artefacto estadístico ni se debe a que las mujeres puedan quejarse más o buscar más ayuda que los hombres, dado que dichos tópicos no son reales (Amenson y Lewinsohn, 1981).

Zarragoitia (2013) insiste en que el factor biológico solo explica una parte de dicha variabilidad entre hombres y mujeres. Plantea que, desde una perspectiva de género, deben tenerse en cuenta las experiencias e historicidad de las mujeres para entender la aparición de manifestaciones depresivas y solo así debe ser abordado su tratamiento psicológico.

Entre los factores asociados a la aparición de la depresión, se encuentran: la gravedad, la duración y el tipo (sexual), de violencia a la que ha sido sometida la víctima.

Durante aproximadamente dos décadas, la coexistencia entre agresión continuada y síntomas depresivos ha sido analizada. Por ejemplo, en un estudio con 50 mujeres que habían padecido violencia de género, el 38% cumplía criterios para el diagnóstico de episodio depresivo mayor, con tasas significativamente más altas para aquellas mujeres que padecieron

un maltrato psicológico respecto las que vivieron una situación de maltrato físico (O'Leary, 1999).

Otros investigadores afirman que más del 50% de mujeres que han padecido violencia por parte de sus parejas cumplen criterios para la depresión clínica, con tasas que llegan al 80% (Riggs, Caulfield y Street, 2000).

A través de investigaciones realizadas, puede inferirse que 1 de cada 2 víctimas de violencia de género presentan estado depresivo que tiende a cronificarse (Mechanic MB, et al, 2008). El riesgo de presentar lesiones autolíticas es de un 20% de las mujeres.

La depresión en el caso del estudio de Campbell, Kub, Belknav y Templin (1997) a 164 mujeres supervivientes de violencia de género se realizó la medición de sintomatología depresiva a través del Inventario de depresión de Beck (Beck et al., 1979), los resultados arrojaron que el 28% presento síntomas depresivos entre moderada a severa y un 11% depresión severa, el análisis de multivariables arrojó que un 44% de predicción significativa de depresión fue el abuso físico infantil, haber estado en una casa de acogida, haber sido abusada físicamente por el compañero y presentar violencia diaria con él. En la investigación de Amor y Cols (2001), un 50.5% arrojó sintomatología de depresión a través del BDI (Beck et al., 1979).

En el estudio de Beeble y cols (2011) es relevante destacar que a 160 mujeres supervivientes en un trabajo longitudinal a través de seis veces en dos años, los resultados demostraron que la depresión iba disminuyendo a lo largo del tiempo.

Por último, los síntomas de depresión, como la apatía, la pérdida de la esperanza y la sensación de culpabilidad, contribuyen a hacer aún más difícil la decisión de marcharse o, cuando menos, de buscar la solución. A las mujeres que se culpan a si mismas de los abusos les cuesta mucho más acudir a un centro asistencia, a la policía o a un abogado en busca de ayuda. El refuerzo de ciertas conductas inadaptadas conduce al mantenimiento de la depresión

en el maltrato doméstico, ya que el refuerzo negativo mantiene la depresión cuando una conducta depresiva trae como consecuencia una reducción de los malos tratos por parte del agresor (Echeburúa, 2009b).

### 2.5.3 Otros problemas asociados

Por último, existen otras repercusiones que normalmente las investigaciones arrojan en sus resultados como significativas, pero en menor porcentaje, como es la poca autoestima de estas mujeres (Pico-Alfonso et al., 2006; Carbone- López et al., 2006)

- **Autoestima:** Algunos estudios indican que el nivel de autoestima de las mujeres que han padecido violencia de género es menor que la población general, sin que haya diferencias en función del tipo de maltrato padecido (Echeburúa et al., 1997). Una de las explicaciones que se han dado a la pérdida de autoestima en este grupo de mujeres sería la facilidad de autoinculpación respecto a los hechos, lo que da lugar a que muestren una menor confianza en sí mismas (Dutton et al., 1994). Además, sabemos que algunas formas de violencia, como el maltrato psicológico, se dirigen especialmente a la víctima para generar un estado de indefensión y baja autoestima en ella (Alonso et al., 2010). La baja autoestima constituye una importante consecuencia negativa, juntamente con el bajo rendimiento académico, el abandono de los estudios, abuso de sustancias, intento de suicidio, enfermedades de transmisión sexual y sentimientos de culpa o ira (Martínez y Rey, 2014), ideaciones y/o intentos de suicidios (Andrews et al., 2011; Olsen McVeigh, Wunsch – Hitzig & Rickert, 2007; Pico-Alfonso et al., 2006; Riviere et al., 2007).
- **Trastorno de ansiedad:** Los problemas de ansiedad son frecuentes en las mujeres que viven actualmente, o han sufrido en el pasado, maltrato físico, psicológico y/o sexual

por parte de sus parejas, y a menudo, aparecen juntamente con otros trastornos psicológicos o indicadores de bajo nivel de bienestar físico y mental. El nivel de autoestima está directamente relacionado con la frecuencia y severidad del abuso y con la aparición de depresión. La tensión sostenida a lo largo del tiempo, incluso años, vivenciando situaciones de alto riesgo para la mujer y sus hijos, hace que empiece a percibir la conducta de su pareja y las circunstancias que le rodean, como incontrolables, generando estados de ansiedad con elevados niveles de activación y reactivación fisiológica. La percepción crónica de amenaza, miedo y agresión activa los sistemas biológicos implicados en las respuestas de estrés. De este modo, un abuso continuado puede tener graves efectos sobre la autoestima y puede potenciar el grado de vulnerabilidad a la depresión. Por el contrario, un nivel de autoestima adecuado actuará como amortiguador ante de la depresión (Echeburúa, 2009b).

Domínguez et al. (2008) encontraron en su estudio que un 32% de las mujeres reconocía tener problemas de salud psicológica tales como ansiedad y depresión, siendo estos trastornos los más habituales problemas de salud que presentaban las mujeres. Gleason (1993) informa igualmente de una mayor prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada en una muestra de mujeres víctimas de violencia doméstica. Loxton et al. (2006) pudieron comprobar que era más probable que aquellas mujeres de mediana edad que habían vivido alguna vez en su vida una relación de pareja violenta, hubiesen sido diagnosticadas en alguna ocasión con trastorno de ansiedad, que hubieran experimentado alguna vez sus síntomas o, incluso, que sufriesen en la actualidad de ansiedad con más frecuencia que las mujeres que no habían sufrido dichos abusos.

En dicho estudio, se encontró que la frecuencia de experimentación de los síntomas de ansiedad aumentaba conforme lo hacían los episodios violentos sufridos. Williams y Mickelson (2004) detectaron que la edad de las mujeres se relacionaba significativamente con el nivel de



ansiedad que experimentaban, así como también su resistencia cognitiva, referida a su nivel de autoestima, y el apoyo social emocional e instrumental con el que contaban las mujeres que están siendo maltratadas, son variables que median en el desarrollo de un trastorno de ansiedad por parte de la mujer víctima de malos tratos.

- **Síndrome de la mujer maltratada:** Tal síndrome, nace a la base de la teoría de la indefensión aprendida de Seligman (1975), el cual forma parte de las teorías del aprendizaje y entiende que determinadas personas a lo largo de su historia han aprendido a sentirse indefensas. Se denomina así el conjunto de los síntomas que presentan las mujeres que han sido maltratadas, donde además de los síntomas de reexperimentación, evitación e hiperactivación, se presenta un estado caracterizado por baja autoestima, presencia de un síndrome depresivo, presenta reacciones de estrés y tener una sensación de impotencia y abandono por parte de los demás, así como también, temor, ansiedad, fatiga, alteraciones del sueño y del apetito, pesadillas, molestia y dolores inespecíficos; pero a pesar de ello, no son conscientes de la gravedad de su estado, y como consecuencia de los mensajes que le manda el agresor en cada agresión, y del contexto sociocultural, piensa que ella es la culpable de lo que le está pasando y que se lo tiene merecido. La psicóloga Walker engloba otros como dificultad para las relaciones interpersonales (desconfianza, aislamiento, habilidades sociales limitadas), distorsión de la imagen corporal (aumento de peso, atracones, falta de autocuidado) u otros síntomas somáticos (problemas de salud, dolor crónico), así como problemas de disfunción en las relaciones sexuales y de la intimidad (deseo disminuido, dispareunia, relación dolorosa, anorgasmia). Es decir, un cuadro muy complejo, con gran malestar y que genera un deterioro importante en todas las áreas de la vida de la mujer.

- **Síndrome de adaptación paradójica a la violencia de género:** El psicólogo español Andrés Montero ha definido otro síndrome. Dado que, en la mujer, además de la reacción psicofisiológica descrita anteriormente, se producen unas modificaciones en la forma de percibir y pensar consistente en justificar e incluso creer las ideas del maltratador. Es decir, las mujeres con este síndrome desarrollan un mecanismo de protección tendente a justificar y adaptarse a la situación de violencia en la que están viviendo.
- **Ideación suicida e inadaptación:** La inadaptación que muestran muchas de las mujeres que han padecido violencia por parte de sus parejas se ha atribuido a los mismos síntomas que están padeciendo (Echeburúa et al., 1997). Según Vázquez (1999), algunos factores como el aislamiento social provocado por el agresor, la inadaptación emocional producida por cuadros clínicos, alteraciones de las relaciones familiares y un absentismo laboral importante podrían explicar en gran medida la dificultad que presentan estas mujeres a la hora de recuperarse. Además, varios estudios han demostrado de manera repetida que el aislamiento social es un factor de riesgo para la ideación suicida (Blaauw et al., 2005)

En el estudio de Pico-Alfonso y Cols (2006) se realizó una larga investigación entre los años 2000 y 2002 evaluando el impacto de la violencia de género en la salud mental y física de las mujeres de centros de ayuda 24 horas de Valencia, España. Los resultados de estas 182 mujeres en cuanto a la incidencia de pensamientos suicidas fueron altos, especialmente en aquellas mujeres con síntomas depresivos o comorbilidad de depresión y TEPT, sin embargo, los pensamientos suicidas no estuvieron asociados con sintomatología específica.

- **Repercusiones en la salud social (trabajo)**

Respecto a las repercusiones que pudiera tener el maltrato en el ámbito de la salud social, se evidencia a partir de las investigaciones que han analizado las pérdidas del puesto de trabajo o la falta de oportunidades laborales que tienen las mujeres supervivientes de violencia. Debido a esta situación, la mujer entraría en un círculo vicioso en el cual, debido a su falta de recursos económicos y sociales, tiene que mantener la relación afectiva, lo que incrementa su malestar y le impide buscar nuevas oportunidades laborales.

### 3. LA INSTITUCIÓN

#### **Asociación Antígona**

La Asociación Antígona (Centro de asistencia y prevención de la violencia) es una Organización No Gubernamental (ONG) creada en marzo de 1997 por un grupo de profesionales especializados en la temática de la violencia, con el objetivo de dar respuesta a la demanda social. Surge a partir del incremento en los índices de violencia, tanto provinciales, como nacionales e internacionales, y la carencia de servicios específicos sobre la problemática en nuestra provincia. Si bien existían hasta 1996, fueron cerrados por motivos políticos a fines de ese año.

Esta asociación, cual su nombre lo refiere, se funda en el compromiso de acompañar y conducir a todas aquellas personas, familias, instituciones que se encuentren en situación de violencia y que deseen un cambio, revalorizando la actitud pacificadora y protectora de la mítica figura de Antígona y promoviendo el desarrollo humano y social de sectores marginales.

Para ello, se propone ofrecer a la comunidad distintas estrategias de prevención y asistencia de la violencia familiar, escolar y social, y concientizar sobre la temática como problema social y de Derechos Humanos.

Antígona se constituye como:

- Espacio terapéutico para personas que hayan sufrido algún tipo de violencia.
- Espacio de Capacitación en temas de violencia.
- Espacio de construcción de ciudadanía a través de redes de ONG.

La asociación fue fundada por la directora la Lic. Silvina Cohen Imach, conformada por profesionales en psicología, actualmente solo cuenta con una psicóloga, sin embargo recibe pasantes tanto de la Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino y de la Universidad Nacional de Tucumán, quienes realizan en la institución sus prácticas profesionales

supervisadas, esto es importante destacarlo ya que al ser una organización no gubernamental, para mantenerse y poder cumplir con los objetivos para la que fue creada necesita de la ayuda de las universidades y de los que puedan ofrecer su trabajo de manera voluntaria.

La institución recibe principalmente personas derivadas desde la Oficina de Violencia de Género (O.V.D), cuyo procedimiento de asistencia a la víctima posee como último paso la derivación, para que la persona tenga la posibilidad de obtener asistencia psicológica y/o social de los organismos públicos y/o privados con los que la O.V.D coordina, específicamente en este caso son derivados a la Asociación Antígona.

### **Rol del psicólogo dentro de la institución**

Dentro de dicha institución, se puede ver la figura del psicólogo como perito en calidad de “sabio práctico, versado en un arte o ciencia”, “persona autorizada legalmente a dar su opinión acerca de una materia”. En este sentido, el peritaje adquiere la forma de una investigación encaminada al acto de curar, en virtud del orden judicial o administrativo, y cuyo fin es analizar un hecho determinado, estableciendo sus características y extrayendo del mismo determinadas conclusiones, con el fin de esclarecer los sucesos en base a la verdad, respetando a la persona y la protección de los derechos humanos.

En el proceso pericial que debe cubrir el psicólogo, entran en juego variables tales como:

- El grado de disociación instrumental.
- La confidencialidad o secreto profesional.

La herramienta más importante que el psicólogo jurídico utiliza es la entrevista psicológica, instrumento para la recolección de datos que depende muchas veces de quien la administra. Como complemento de dicha entrevista también se utilizan técnicas de exploración psicológica para tener una visión más profunda de lo que se busca evaluar.

Dentro de este espacio institucional “asociación Antígona”, el primer encuentro no solo es fundamental, sino que sigue algunos pasos ya delineados de antemano en lo que se denomina “Protocolo de actuación”, que tiene por objeto realizar un primer diagnóstico de la situación y del riesgo del/la consultante.

El “protocolo de actuación” comienza con lo que denominamos “Entrevista de admisión” o entrevistas de consulta y orientación. Se denomina así a este primer encuentro con quien consulta por haber sufrido violencia hasta su derivación a otras instancias intra- o extrainstitucionales (asesoramiento legal, denuncia policial, tratamiento psicológico individual, grupos de autoayuda y consulta médica, entre otros).

Esta entrevista de admisión se diferencia de la primera entrevista inicial semidirigida porque las preguntas están prefijadas de antemano, siguiendo un orden lógico, aunque con flexibilidad. Tiene como objetivo no solo recibir y permitir la palabra al/la consultante, sino también brindar información, orientación y muchas veces, incluso investigar los casos.

Respecto a las herramientas para el diagnóstico, se hace uso de técnicas y test, las cuales se consideran de gran importancia en el ámbito judicial. Estas herramientas diagnósticas se utilizan con el objeto de confirmar o no las hipótesis planteadas en el primer encuentro. Para ello, suelen aplicarse distintas técnicas y test, según la formación del evaluador, el marco teórico al que adscribe y su experiencia clínica.

Estos encuentros posteriores hacen foco en averiguar cuál fue el impacto que la violencia imprimió en el área afectiva y emocional de la consultante y, en algunos casos, se utiliza también para indagar el área intelectual a través de instrumentos psicológicos que evalúen características y estilos de personalidad.

Entre las técnicas proyectivas gráficas que suelen adscribir fundamentalmente al psicoanálisis como marco teórico y que se basan en el principio de la proyección del mundo interno del sujeto, suelen utilizarse el dibujo de la figura humana (DFH), y la persona bajo la lluvia. Estos aportan datos valiosos a la hora de realizar el diagnóstico, tales como indicadores de sentimientos de angustia, depresión y amparo, así como también escasas defensas frente a situaciones estresantes, la pasividad y la desesperanza; aunque es importante señalar como limitaciones que no se registran abundantes investigaciones en la actualidad que aporten indicadores específicos de maltrato.

Entre las técnicas proyectivas verbales, las más referenciadas para el diagnóstico de mujeres maltratadas son el test de Rorschach, el TAT y el cuestionario desiderativo. Estas técnicas, información acerca de la dinámica y la estructura de la personalidad, así como también de las defensas, los sentimientos y los temores propios de la consultante.

Por su lado, si bien en nuestro país no son las que se aplican con mayor frecuencia en los procesos de evaluación a mujeres maltratadas, tal vez las pruebas objetivas sean en la actualidad las más referenciadas en bibliografía extranjera, principalmente como resultado de investigaciones sobre el tema. Entre ellas, las más citadas son el inventario de depresión de Beck (IDB), el inventario de ansiedad rasgo- estado (IDARE), la escala de autoestima (EAE) y la escala de autoconcepto para niños de Piers y Harris, adaptado por Casullo. En menor frecuencia, se encuentran la escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático (TEPT), el inventario de cogniciones postraumáticas y la escala de inadaptación.

### **Oficina de Violencia de Género (OVD)**

La Oficina de Violencia de Género, facilita el acceso a justicia a las personas afectadas por situaciones de violencia y a terceras, que acudan al poder judicial a denunciarlas; ofrece

información a las personas afectadas por violencia para su protección integral en un ámbito de confiabilidad y confidencialidad, a través de un equipo interdisciplinario; promueve la agilidad del trámite, proporcionando al órgano judicial que fuera a intervenir, la información recabada por el equipo interdisciplinario mediante la elaboración del acta e informe de riesgo y los antecedentes judiciales que denunciado y denunciante tuvieran. en casos de lesiones, se adjunta un informe médico ilustrado con fotos de las mismas, con la previa autorización de la afectada; coordina acciones con las demás instituciones que trabajan en la problemática de violencia doméstica para obtener la asistencia psicosocial y/o legal a la víctima y/o a su grupo familiar; realiza el seguimiento de los casos ingresados en la O.V.D y elaborar estadísticas e informes de su funcionamiento; y por último, realiza talleres y jornadas de reflexión sobre las implicancias y consecuencias de la violencia doméstica. coordinar entre instituciones y organismos gubernamentales y no gubernamentales de la provincia para la prevención e intervención articulada en casos de violencia doméstica.



#### 4. METODOLOGÍA

El presente trabajo es de tipo descriptivo y cualitativo. El diseño de la investigación es no experimental, debido a que las variables que se intentaran abordar se han producido en la realidad sin intervención directa de la investigadora.

Para el desarrollo de esta temática, en el marco de las Prácticas Profesionales Supervisadas del área de Psicología Jurídica, se llevaron a cabo:

- Observación de las instalaciones de la fundación y orientación respecto al objetivo de esta.
- Entrevistas iniciales con la psicóloga, miembro de un grupo operativo dentro de la institución, a partir de la cual tuvimos conocimiento de algunos informes de casos que ingresan a la institución. Las entrevistas iniciales tuvieron como objetivo establecer el marco de trabajo del psicólogo dentro de la institución y en grupos interdisciplinarios de trabajo, así como también, lograr una articulación teórica - práctica.
- Lectura del material recomendado por la Lic. Cohen Imach, titulado “Mujeres maltratadas en la actualidad” (2013).

## 5. TRABAJO DE CAMPO

### Articulación teórico-práctica

A lo largo de la Práctica Profesional Supervisada, se desempeñaron diferentes encuentros semanales en “Asociación Antígona”, y actividades planificadas como ser la participación de ateneos en el colegio de psicólogos.

Como primera actividad, asistimos a la fundación donde nos mostraron las instalaciones, nos orientaron sobre cuál es el objetivo de esta y todos aquellos procedimientos que se llevan a cabo. Allí, la Lic. Cohen Imach nos sugirió leer su libro titulado “mujeres maltratadas en la actualidad”.

Como segunda actividad, es importante destacar que tuvimos un encuentro con una de las psicólogas de la institución, donde nos comentó sobre algunos casos de los que acuden en busca de ayuda profesional. Cabe destacar que en los casos a continuación mencionados, la identidad de los pacientes ha sido modificada con el fin de preservar y resguardar la identidad de estos.

Dentro de esta actividad, tuve acceso a los casos a continuación narrados.

#### Caso Carla

Carla es una paciente de 17 años, la mayor de 3 hermanas tiene una hermana melliza y vive con ambos padres. La misma llega en el mes de mayo a Antígona, relatando haber sufrido un abuso entre los 8 y los 11 años por parte de un primo cuando la misma se encontraba vacacionando en Buenos Aires en la casa de su abuela. La paciente llega a la institución tras hablar de la situación con los padres (a los 16 años) y por posterior recomendación de una mujer cercana a la familia; resulta positivo para el tratamiento que llegue a consulta por su voluntad propia. Cuenta con una experiencia previa de terapia, la cual no tuvo buenos resultados porque le mentía a la psicóloga en relación con su vida. Los padres de la víctima

llegan con la demanda aduciendo que la hija tenía problemas para relacionarse con los demás, se puede inducir que de acuerdo con lo planteado por el autor Echeburúa, se trataría de una reacción derivada del suceso de violencia, donde Carla manifiesta apatía ante las relaciones sociales. La joven en la consulta manifiesta que le gusta cantar, jugar, el teatro y que asistía a clases de canto, pero que había dejado de ir debido a la humillación que sufrió por un profesor, dado que éste la obligaba a mirarlo a los ojos cuando estuviera cantando. Dicha paciente, pertenece a una religión que propone a sus creyentes mantenerse siempre en contacto solo con aquellas personas que estuvieran dentro del mismo círculo religioso, y no se permite escuchar música que no fuera de la religión, y tampoco salir a bailar; se puede inferir que el medio social en el que está inserta Carla, no resultaría un punto de apoyo para ella, ya que trata temas de sexualidad como un Tabú y se mantiene cerrada ante estos sucesos.

La paciente dentro de su grupo familiar cuenta con una hermana melliza (Micaela) anteriormente ya mencionada, con la cual solo comparte un parecido físico dado que a nivel de su personalidad son completamente opuestas. En diálogo con la psicóloga de la institución, manifiesta su malestar respecto a que Micaela (a quien considera como su mejor y única amiga) estaba de novia con un chico de la iglesia y desde ese momento, nota en su hermana cierta distancia respecto de la familia y ella. A partir de esta diferencia con su hermana, la paciente comienza a transmitir su malestar por no poder dialogar con nadie acerca de sus problemas; dicho malestar resultante de la diferencia de su hermana para con la familia y ella, también da cuenta de su apatía social, ya que no busca otra persona con quien dialogar respecto a sus problemas. Comenta también que su papa le dice que se tiene que alejar de las cosas del mundo (relaciones sexuales, salidas nocturnas, etc.), esto provoca en ella una falta de intimidad, ya que viven en una casa de mínimas dimensiones donde duermen todos juntos en una misma habitación. Como lo antes mencionado, en su tiempo libre a la paciente le gusta dibujar comics e historietas, a través de éstas, la joven proyecta su realidad dibujándose como varón con el fin

de que quien tenga acceso a las mismas, no pueda dar cuenta de que habla respecto a su vida personal. Actualmente la paciente continúa bajo tratamiento psicológico, acordando con la profesional la regularidad de las sesiones; siendo destacable la buena predisposición para la misma.

Si bien el caso anteriormente mencionado no presenta trastornos psicológicos graves, presenta dificultades para establecer relaciones interpersonales especialmente con el género masculino, apatía, aislamiento social, lo cual podría estar directamente vinculado con el suceso vivido en la infancia.

### **Caso Marta**

Marta tiene 43 años, es víctima de violencia de género, derivada de la oficina de violencia. Dicha paciente tenía un pedido jurídico de alimentos ya que tiene hijos bajo su cargo, la misma se encuentra en aparente estado depresivo al momento de la consulta, lo cual es considerado uno de los trastornos más comunes en víctimas de violencia de género y comenta que su actividad siempre fue ser ama de casa, que estuvo 16 años en pareja, el mismo tomaba alcohol en grandes cantidades y salía los fines de semana, dejándola sola con sus hijos; en una oportunidad, llega a oídos de ella que su pareja tenía una familia paralela, por lo que desde ese momento ella no quiso salir de la cama; en su relato, cuenta que su hija de 13 años tuvo un intento de suicidio, lo que la llevo a estar internada por unos días; existe evidencia empírica de que la violencia conyugal afecta a los hijos en todos los niveles: social, psicológico y comportamental; y en todas las etapas de su desarrollo; vivir en un ambiente donde se maltrata supone un factor de riesgo para los hijos en relación a desarrollar problemas emocionales y de conducta, tanto a corto como a largo plazo (Herrenkohl, Sousa, Tajima, Herrenkohl y Moylan, 2008), por lo que puede decirse que dicho intento de suicidio, resultaría una manifestación de presenciar los sucesos violentos de los padres. En su historia personal, comento que su crianza fue llevada a cabo solo por su madre ya que su padre decidido abandonarlos y dejar la casa para formar una familia con otra mujer. La victima padecía violencia física, psicológica y económica también. Su entonces pareja, un determinado día decide irse de su casa, por el solo hecho de que la mujer decidido dejar de cocinarle, en ese momento ella no se sintió tan mal, pero si estallo cuando se enteró de que él estaba con otra mujer. La psicóloga expositora, comentó sobre el síndrome de la mujer maltratada (trastorno psicológico que aparece como consecuencia de sufrir violencia domestica de forma constante o grave), lo más llamativo es que la mujer se deprima al enterarse de esta noticia, por lo que sostengo mi hipótesis de que

ella repite la historia, Freud dice “es un modo de retener el pasado en el presente”, algo no elaborado, por lo que se puede suponer que la mujer recurre a la justicia como una manera de orden y de límite a la situación por la que está atravesando.

En el caso de Marta anteriormente expuesto, se puede ver a diferencia del primer caso, trastornos psicológicos de mayor envergadura, como trastorno de estrés postraumático, depresión, síndrome de la mujer maltratada, así como también, los sucesos de violencia afectan directamente sobre la salud mental de su hija.

## 6. CONCLUSIÓN

El presente trabajo es el resultado de un proceso de investigación teórica en el que se tiene en cuenta tanto la bibliografía impartida a lo largo de la carrera, específicamente en el marco teórico propio de Psicología Jurídica como de otras áreas, que debieron ser consultadas a raíz de la necesidad de dar respuesta a la temática propuesta.

Paralelamente tuvo lugar para su elaboración un trabajo de campo en el marco de la Práctica Profesional Supervisada del área de Psicología Jurídica desde donde surge la motivación para trabajar respecto a los trastornos derivados de la violencia de género, al rol del psicólogo en el ámbito de violencia doméstica, cuál sería su intervención y de que modo la misma daría lugar a la posibilidad de un tratamiento más efectivo.

Esta experiencia constituye un elemento fundamental en la formación del estudiante universitario en donde los conocimientos adquiridos a nivel teórico pueden ser aplicados y a partir de ello profundizados. Permite una aproximación a lo que será la labor del profesional psicólogo, dando la posibilidad de un encuentro con las problemáticas y situaciones que hacen al desempeño de dicho rol. Es allí en donde se pone en juego todo lo aprendido hasta el momento sobre todo en sentido teórico.

A partir de los objetivos planteados al inicio de este trabajo y luego del recorrido realizado, es posible señalar que:

- La violencia deja huellas no tan solo físicas, sino también psicológicas en quienes la padecen, perdurando en el tiempo si no son adecuadamente tratados.
- La magnitud del trastorno que derive de tal situación dependerá en gran medida de como el sujeto resuelva este impacto y el potencial de elasticidad y plasticidad psíquica del que dispone.

- Si bien los acontecimientos violentos perjudican el estado de respuesta normal de la víctima, no todo hecho violento produce un trauma en el psiquismo, el hecho de que se adquiera tal, dependerá en gran medida de las condiciones psicológicas del sujeto.
- La historia del sujeto previa al hecho violento influirá en la capacidad de respuesta y el potencial de elección ante tal (denunciar o callar).
- El rol del psicólogo resulta fundamental en tanto no solo indaga respecto al impacto de la violencia en el área afectiva y emocional de la consultante, sino también, a través de sus recursos teóricos y prácticos restituye el equilibrio psíquico-socio-afectivo de la víctima.



## 7. PROPUESTAS

A partir de la experiencia realizada en asociación Antígona, y considerando que la violencia de género es un hecho complejo de abordar, mis propuestas son dirigidas al nivel preventivo y al nivel de tratamiento, por lo que me resulta fundamental trabajar con:

- la motivación al cambio por parte del terapeuta, lo cual considero un aspecto prioritario y fundamental, ya que se trata de trabajar con un cambio de conducta distinta a la que la víctima acostumbra, que en muchos casos es la del silencio, la no denuncia, o intentos de cambio frustrados. Para esto, habría que trabajar en conjunto con la promoción de información respecto a las consecuencias de su conducta (posibles trastornos psicológicos y/o la muerte). De esta manera, se reforzaría conductas básicas, lo que daría lugar a iniciar posteriormente con los objetivos terapéuticos. En este sentido, es importante tener en cuenta que, una buena relación terapéutica resulta esencial para promover un verdadero cambio, por su parte el profesional debe respetar el proceso y hacer un adecuado acompañamiento de la víctima; de lo contrario, precipitaríamos el abandono del tratamiento.
- Me resulta esencial también, realizar un trabajo interdisciplinario, donde se ponga en juego por un lado los conocimientos no tan solo del licenciado en psicología, sino también de un visitador social y abogado, y por otro lado profesores de teatro y/o arte que planifiquen talleres de expresión artística. A partir de este trabajo interdisciplinario, se puede llevar a cabo un trabajo más complejo, que abarque las distintas áreas de la persona, y facilite no tan solo el tránsito por lo legal, sino también lo terapéutico tanto desde la catarsis que promueve la terapia psicológica, como desde la canalización a través del arte y la expresión corporal.
- Hacer hincapié no tan solo en la terapia individual, donde se transmita a la víctima el sentimiento de seguridad en ellas mismas, lo cual necesitan para comprender que son

útiles para su familia y la sociedad; sino también en la terapia grupal, dado que, al poner en común experiencias de diferentes personas, se amplía el abanico de herramientas sociales para solucionar un problema.

- Resulta clave, trabajar en todas las etapas de la persona (infantil, adolescente y adulto) considerando que la violencia no es un hecho que exceptúe edades ni sexos.
- Realizar un trabajo preventivo, analizando en primer lugar las diferentes causas que provocan la violencia hacia la mujer y la aceptación de la misma hacia el maltrato, y, por otro lado, los elementos que permiten detectarla a tiempo; para así promover la información de que significa exactamente la violencia doméstica, sus indicios, que hacer o a donde recurrir. Educar a niños y adolescentes sobre lo que significa la violencia doméstica y cuáles son los posibles trastornos que derivan de la misma.
- Considero importante, tener en cuenta que la posibilidad de realizar una terapia de tipo conductista sería de gran ayuda, ya que promovería el aprendizaje de nuevas formas de comportamiento ante estas situaciones, así como también el manejo de la ansiedad.
- Sería de gran ayuda, tener en cuenta la posibilidad de una terapia cognitiva, ya que a través de esta se podrían modificar los pensamientos erróneos (culpabilidad y pensamiento de merecer pasar por esa situación).

## 8. BIBLIOGRAFÍA

- Ley N° 26.485, 2009.
- Rubio, M. (2012). *Delimitación y ámbito de la Psicología jurídica*. JVE Ediciones. Bs. As.
- Miotto, N. (2013). *Psicología jurídica, desarrollo histórico en la Argentina*. Cuadernos APFRA.
- Varela, O., Sarmiento, A., Alvarez, R. (1993). *Psicología Forense: Prefacio y Cap. "Concepto de psicología forense"*. Ed. Abeledo Perrot. Bs. As.
- Bauman, Zygmunt (2002). *Modernidad líquida*. México: Fondo de cultura económica.
- Cohen Imach, S. (2013). *Mujeres maltratadas en la actualidad: apuntes desde la clínica y diagnóstico*. 1ª ed.- Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Universidad de Granada. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación (2009). Mujeres maltratadas por su pareja en El salvador: Características sociodemográficas y de salud. Recuperado de: <https://hera.ugr.es/tesisugr/18504875.pdf>
- Universidad Complutense de Madrid. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos I. (2003). Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: evaluación de programas de intervención. Recuperado de: <https://biblioteca.ucm.es/tesis/psi/ucm-t26887.pdf>
- Universidad complutense de Madrid. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos II. (2014). La salud mental de mujeres supervivientes de violencia de género: una realidad chilena. Recuperado de: <https://eprints.ucm.es/28942/1/T35895.pdf>