

Development Connections



La dinámica de la violencia doméstica y sus efectos psicológicos en las mujeres

Jesús López Aguilar

A pesar de los avances logrados en el desarrollo de políticas públicas para atender, sancionar y erradicar la violencia doméstica (VD) en América Latina, una abrumadora proporción de las mujeres sobrevivientes no logra salir de la situación de violencia y muchas terminan sus vidas en manos de feminicidas. Varios factores se relacionan con esta situación, unos vinculados a las condicionantes sociales, culturales y la débil respuesta de los servicios y programas para atender a la VD; y otros atribuibles a la dinámica misma del problema así como sus efectos psicológicos en las sobrevivientes. En este documento se analizarán brevemente las teorías que tratan de explicar esta dinámica, sus alcances y los temas pendientes para avanzar en una respuesta comprehensiva al problema de la VD.

I. Teorías sobre la dinámica de la VD y sus efectos en las sobrevivientes

En el campo de la salud mental, inicialmente se intentó comprender y evaluar lo que sucedía con las sobrevivientes de VD usando el denominado “Síndrome de Stress Post-Traumático Complejo”, que consiste en una serie de signos y síntomas que se manifiestan en multiplicidad de formas y son determinantes de la conducta en todas las esferas del quehacer de la persona. Este síndrome se convierte en un fenómeno característico de las sobrevivientes de VD y expresándose a través de problemas de autoestima, pérdida del apetito, pérdida del sueño, percepción exagerada de todos los hechos, tanto positivos como negativos como formas de compensación de su visión ideal de la realidad frente a la situación que está viviendo; entre otros.

En el año 1980, con la publicación del Manual de Diagnóstico Clínico Basado en Criterios Estadísticos (DSM-III) se crea por primera vez una categoría específica de “Trastorno de Estrés Post-Traumático”, incluido dentro de los desórdenes de ansiedad que incorporó dentro de los grupos afectados a las sobrevivientes de VD. (1) Para realizar el diagnóstico según el DSM-III, y posteriormente en el DSM III-R, se requiere que exista un estresor severo, que esté fuera del rango de la experiencia humana usual, el que genera una tríada de síntomas:

- a. Reexperiencia del evento
- b. Evitación persistente de estímulos o situaciones asociados al trauma, por lo que la mujer empieza a ensayar estrategias de tipo defensivo y;
- c. Además los síntomas deben comenzar después de 1-6 meses del evento.



Paralelamente a esto, en 1979, Leonore Walker, haciendo uso de la teoría del aprendizaje social de la desesperanza e indefensión aprendida, investigó por qué las mujeres golpeadas no pueden visualizar alternativas en situación de agredidas, concluyendo, entre otras cosas, que al ser aisladas y golpeadas en etapas iniciales de su relación, trataban de cambiar la situación con un relativo éxito traducido en la minimización o posposición la violencia, pero pasado un tiempo este control empezaba a disminuir y la violencia regresaba. (2) Con este enfoque y su experiencia de trabajo con mujeres golpeadas, Leonore Walker desarrolló la teoría del ciclo de la violencia conyugal, que se convirtió en el referente principal para la atención al problema. Actualmente esta teoría ha sido revisada a la luz de nuevas discusiones sobre los mecanismos más complejos a escala psicológica que determinan las conductas de las sobrevivientes de VD.

Dado que los efectos psicológicos de la VD son diversos y comprenden una amplia gama de síntomas, se están utilizando diversas categorías para evaluar la combinación de trastornos producidos, además del aspecto constitucional de la mujer desde el punto de vista psíquico, sus antecedentes y otros factores predisponentes, tanto a nivel psicológico como social. En este sentido, la experiencia de VD se analiza en el contexto social y familiar, tomando en cuenta la historia de vida y el contexto cultural y social en que viven las sobrevivientes. Por ejemplo, las experiencias previas de violencia, particularmente durante la infancia se relacionan con la VD actual. En México (2006) se encontró una asociación entre experimentar violencia física durante la niñez, y padecer violencia física y sexual por parte de la pareja o sufrir violación durante la edad adulta. Cuando la mujer informó que había recibido golpes “casi siempre” durante la niñez, era más probable que experimentara violencia física y sexual y violación durante la edad adulta. (3)

En este sentido, además del síndrome de estrés postraumático también es necesario evaluar, entre otros, trastornos tales como: a) Trastornos Clínicos (F43.0), b) Reacción Aguda de Stress Agudo (F43.1), c) Síndrome de Stress Post-Traumático Complejo (F43.01), d) Trastorno de Stress Post-Trauma (F45), e) Trastorno Somatomorfo (incluye somatizaciones) (F45), f) Trastorno No Orgánico del Sueño (F51), g) Trastorno de la Conducta Alimentaria (F50), h) Trastorno Mental y del Comportamiento debido al Uso de Sustancias (F10 a F19), i) Trastorno de Vinculación de la Infancia Reactivo (F94.1), j) Trastorno de Vinculación de la Infancia Desinhibida (F94.2), k) Suicidio y Lesiones Intencionalmente Infligidos (X60-X84), que incluye el intento de suicidio; y en el cual se indica la causa. (4)

Las categorías clínicas utilizadas para evaluar a las sobrevivientes de VD permiten dimensionar la magnitud del problema, y en parte, conocer la intensidad el sufrimiento al que se ven expuestas. Sus resultados pueden indicar niveles diferenciados de daño acumulado que limitan muchas capacidades y oportunidades de las mujeres para enfrentar el problema. La vulnerabilidad emocional, que se incrementa con el tiempo, va reduciendo las defensas y generando en las sobrevivientes, la percepción de que su vida está desintegrada. Las contradicciones entre las valoraciones sociales y su experiencia personal generan dificultades para que puedan explicarse a si mismas las causas del problema y las posibles alternativas de solución. Esta vulnerabilidad que genera la contradicción ofrece, al mismo tiempo, la oportunidad de cambio, en la medida en que se ven expuestas a procesos que las empoderan y legitiman como sujetos.

En el contexto latinoamericano, la evaluación comprehensiva del estado emocional de la sobreviviente puede encontrar limitaciones relacionadas con la disponibilidad de estos instrumentos en los servicios de atención, el tiempo asignado al personal para el análisis de los casos; así como las altas tasas de abandono al tratamiento psicológico por parte de las sobrevivientes debido a restricciones de acceso geográfico, económico, cultural. Por otro lado, se enfrenta el riesgo de que en países donde todavía los casos de VD son tratados mayoritariamente

por el personal médico, la caracterización psicológica de la VD y sus efectos psicológicos acumulados, pueden correr la suerte de ser medicalizados. No es un hecho casual que muchas sobrevivientes consuman drogas psicoactivas suministradas por los proveedores de servicios, pasando a “actuar” su problema en lugar de superarlo.

Muchas mujeres sobreviven a la VD por períodos largos de tiempo, sin un aparente proceso de salida de la situación. Los procesos paralizantes generados por el miedo, la percepción de una ausencia de vías de escape, la carencia de recursos alternativos, sobre todo en el caso de mujeres con hijos que no vislumbran un apoyo externo viable, juegan un rol importante en esta situación. Sin embargo, también mujeres con determinado nivel de independencia emocional y/o económica, y con acceso a recursos alternativos, tienen limitaciones para enfrentar la VD. Las sobrevivientes comparten la reacción paradójica de desarrollar un vínculo afectivo con sus agresores, defendiendo en algunos casos sus razones, retirando denuncias policiales, o deteniendo procesos judiciales en marcha.

Algunas teorías están dirigidas a buscar la raíz inicial que origina tales vínculos incongruentes entre víctima y agresor, fundamentalmente “invocando” la utilización de agentes encadenantes de la propia pareja que ayudan a perfilar la identidad de todo el conjunto relacional traumático. Dutton y Painter (1981) analizaron un contexto en el que la asimetría marcada en la relación de la pareja y la discontinuidad entre hechos de maltrato y muestras de cariño y valoración, producen en la mujer maltratada la aparición de un lazo traumático que la une con el agresor a través de *conductas de docilidad* (5). Según apuntan estos autores, el maltrato en estas condiciones crea en la pareja una mecánica propia de subordinación debido a su efecto irregular sobre el equilibrio de poder, siendo el vínculo traumático producido por la variación en el trato, lo que se convierte en una impredecibilidad que ata a la víctima con su pareja. Esto forjaría una relación de cierta reciprocidad paradójica, forjando un ambiente en el cual la personalidad de la sobreviviente se transforma y aparecen nuevos rasgos que originan nuevas conductas; como parte del proceso de adaptación de la víctima.

Por otro lado, la teoría de la indefensión aprendida, en la cual se basó posteriormente Leonore Walker, se fundamentó en los experimentos de Martin Seligman los que llegaron incluso a ser un modelo para el estudio de la depresión en el ser humano (6). En tales estudios los perros expuestos a los choques eléctricos intermitentes, con distintas intensidades y al azar cuando se acercaban a buscar sus alimentos, lo que les produjo una conducta que les hacía arrinconarse en una esquina “segura” de su jaula hasta que decidían ir nuevamente a la búsqueda de la comida y recibían o no el choque. El resultado fue la creación de sentimientos de incertidumbre al tiempo que se hicieron más dependientes del experimentador.¹

En función de estos resultados se estableció un paralelismo entre el comportamiento de estos perros con el de la mujer maltratada; aunque también algunas posiciones críticas plantearon que la incertidumbre asociada a la violencia repetida e intermitente es un elemento clave en el camino hacia el desarrollo del vínculo, pero no su causa única. Además, la teoría no toma en consideración que alguna esfera de desequilibrio de poder es en cierta medida inherente a muchas relaciones humanas; y que en caso de la VD no es una consecuencia sino un antecedente al abuso. Es decir, primero surgen las transacciones que establecen los espacios que ocuparán cada uno de los miembros de la pareja (con mecanismos que por regla general no son concientes), lo que luego

¹ Posteriormente los perros fueron sometidos a un nuevo proceso de condicionamiento para extinguir las conductas inducidas en el laboratorio y no se observaron en lo subsiguiente secuelas asociadas al experimento. (Nota del autor).

dará lugar a las conductas que son parte del papel correspondiente a la persona según subordinada o subordinador.

Andrés Montero (2000) desarrolló un modelo aplicable al ámbito de la violencia ejercida contra la mujer denominado el “Síndrome de Estocolmo Doméstico”, identificado como un mecanismo cognitivo de autoprotección en la mujer maltratada. En el mismo se expone una estructura secuencial de reacciones que, de modo inevitable, terminan por generar en la mujer una variante del Síndrome de Estocolmo Clásico (7). Y que serían, tales mecanismos, los responsables de todas las reacciones psíquicas, fisiológicas y de conducta que poco a poco va exhibiendo la mujer maltratada.

El Síndrome de Estocolmo Doméstico (abreviadamente SIES-d) es caracterizado como el producto de una relación de defensa, montada tanto por la víctima como por su agresor, en el marco de un ambiente disfuncional, a través de la suplantación, por parte de la víctima, de su modelo mental original (que influye en su estructura de personalidad y de conductas, determina sus reacciones, creencias, etc.); constituyéndose en auténticas estrategias de supervivencia. El efecto lógico es que la víctima sometida a maltrato desarrollaría el SIES-d para proteger su propia integridad psicológica y recuperar su propio equilibrio, pero que no es el equilibrio basado en su estructura original de personalidad, sino en la adquisición de nuevos criterios de actuación y pensamiento producto de su relación con el agresor. Cabe destacar que el Síndrome de Estocolmo ha sido aplicado a otro tipo de relaciones traumáticas tales como niños abusados, sobrevivientes de incesto, prisioneros de guerra, miembros de cultos, y prisioneros de campos de concentración.

La caracterización del SIES-d, como proceso, se compone de cuatro fases: desencadenante, reorientación, afrontamiento y adaptación. La primera en la que se registran los primeros episodios de violencia ejercidos por el maltratador, así como la constante exposición a distintos tipos de maltrato, tendría como resultado inmediato la fragmentación del espacio vital propio y una invasión psicológica por parte del agresor, de ahí la suplantación de esquemas de pensamiento y de conducta originales por los del agresor, despersonalizando a la víctima por completo. Esto lleva a la víctima a sufrir los primeros síntomas de desajuste individual, produciéndose una constante reacción de stress que se vuelve casi permanente, dando como resultado una profunda depresión. En la fase de reorientación, la mujer buscaría nuevos vínculos con un futuro incierto y se plantea nuevas prioridades para romper con todo lo que represente para ella cualquier tipo de disonancia cognoscitiva para evitar las disparidades que le hagan sentir de forma mucho más fuerte la fragilidad de su situación. La sensación de pérdida propia del sí misma en la mujer la impulsa a asumir la “culpa” por el resultado de la relación, por lo que opta por formas de actuación pasivas; a esto Montero le llama fase de afrontamiento, donde absolutamente todo la impulsa a tener que pensar como su pareja como forma de autoprotección queriendo manejar toda la situación a su propio entender. En la fase de adaptación, la mujer tiende a culpar a otros, generándose una fuerte identificación con su pareja.

El SIES-d, es planteado por Andrés Montero como un Trastorno de Adaptación, el cual además lo entiende como el responsable del efecto paradójico encontrado en muchas mujeres que viven maltrato en sus relaciones de pareja. Sufriendo este tipo de trastorno, las víctimas tienden a defender a sus agresores, dado que ella acepta estas conductas como el resultado de vivir en un medio que es visto como el culpable de la situación violenta.

Entre las características generales del SIES-d cabe destacar, las siguientes:

- Sentimientos positivos de la víctima hacia el agresor
- Sentimientos negativos hacia personas o autoridades que quieran separarle del agresor
- Apoyo a las conductas y razonamientos del agresor
- Conductas de apoyo hacia el agresor
- Limitada capacidad de incorporarse o mantenerse en actividades que le ayuden a liberarse o desapegarse del agresor.

Cabe destacar que el SIES-d no se presenta en todas las víctimas de VD, y que las características varían dependiendo de factores como el tiempo de duración/ vínculo con el agresor, los factores protectores que haya adquirido durante su ciclo de vida, entre otros. La mujer afectada por el SIES-d, sobre la base de las explicaciones dadas por su pareja, retrasan la denuncia de la situación a las autoridades o búsqueda de ayuda, siendo lo más común que toda la situación se circunscriba al entorno íntimo de la pareja creándose un círculo vicioso que mantiene las agresiones y sume a la víctima en un progresivo estado de deterioro personal.

II. Agenda pendiente

El SIES-d, junto con otras herramientas, podría ayudar a mejorar la respuesta a las necesidades de atención de las sobrevivientes de VD. Las falencias de los sistemas de atención y protección, amplían la pobreza de redes sociales que ya viven las sobrevivientes. Entender la dinámica de las relaciones de maltrato permitirá desarrollar estrategias centradas en el empoderamiento y el fortalecimiento de la autonomía de las mujeres. Es necesario fortalecer la vinculación entre los aportes de la psicología con el conocimiento generado desde otras áreas que intervienen en la atención a la VD. Asimismo, se requiere avanzar en describir cómo el SIES-d se vincula con otros factores sociales, culturales y de respuesta institucional, generando una amplia diversidad de formas en que las mujeres enfrentan la VD.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

1. Asociación Americana de Psiquiatría: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV. Barcelona, Masson S. A., 1980
2. Walker, Leonore. The Battered Women. Harper Colophon Books, New York, 1979.
3. Rivera-Rivera, L., Allen, B., Chávez-Ayala, R., Ávila-Burgos, L., 2006. . Abuso físico y sexual durante la niñez y revictimización de las mujeres mexicanas durante la edad adulta. Revista Salud Pública de México 2006;48 Suplemento 2:S268-S278.
4. Asociación Americana de Psiquiatría: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV. Barcelona, Masson S. A, 1995)
5. Dutton, DG; Painter, SL (1981). El Desarrollo de Estrategias en la Mujer Maltratada, Editorial Anteo, Buenos Aires, Argentina, 1981.
6. Seligman, Martin E.P., Authentic Happiness, Free Book Press, 2002
7. Montero, Andrés. El Síndrome de Estocolmo Doméstico en Mujeres Maltratadas, Revista de la Sociedad Española de Psicología de la Violencia, Madrid, España, Editorial de la SEPV, 2000.

Jesús López Aguilar es el Punto Focal de DVCN en Panamá lopezjes@dvcn.org

Development Connections (DVCN)
Conectando recursos para el desarrollo sostenible
P.O. Box 32236 Washington D.C. 20007 – USA
Teléfono (202) 446-0978 Fax (202) 338-0248
Página Web www.dvcn.org
Correo electrónico info@dvcn.org

Development Connections (DVCN)
Conectando recursos para el desarrollo sostenible
P.O. Box 32236 Washington D.C. 20007 - USA
Página Web www.dvcn.org Correo electrónico infodvcn@dvcn.org
Tel. (202) 679-9082 Fax (202) 338-0248
Enero, 2007.