



Universidad de la República

Facultad de Psicología

Trabajo final de grado

***Violencia contra la mujer y dispositivos de
atención psicológica***

Paola Segovia Figueredo

**Tutor: Prof. Agda. Alejandra López Gómez.
Instituto de Psicología de la Salud.**

Montevideo, octubre de 2014

RESUMEN

Una de cada cuatro mujeres mayores de 15 años usuarias de los servicios de salud públicos y privados en localidades urbanas del país, reconoce haber vivido episodios de violencia doméstica en algunos de sus tipos, según un estudio de prevalencia realizado en el 2013 por la Unidad de Sociología de la Salud, Dpto. de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Medicina (UdelaR). Este es uno de los datos que permiten dimensionar el problema de la violencia contra las mujeres en el Uruguay.

La violencia contra la mujer es un problema de salud pública y actualmente se encuentra en la agenda de aquellos países que ratificaron los tratados internacionales que buscan prevenir y erradicar la violencia contra la mujer.

Nuestro país hace algunos años viene acompañando las iniciativas internacionales mencionadas. Ejemplo de esto es la ley de Violencia doméstica n° 17.514 de 2002 en la cual se estipulan diferentes aspectos referidos a la violencia doméstica y encomienda la creación de organismos para instrumentar acciones de políticas públicas con el fin de concientizar y visibilizar el fenómeno.

Desde nuestra disciplina se torna relevante el conocimiento de aquellos modelos psicológicos utilizados en el abordaje de situaciones de violencia.

Por lo dicho anteriormente es que en el presente trabajo se abordan aspectos conceptuales sobre violencia contra las mujeres, los efectos de las distintas formas de violencia en la salud de las mujeres y consideraciones generales sobre los dispositivos de atención psicológica que se instrumentan.

Finalmente se proponen líneas de investigación que permiten cuestionar ciertos aspectos del problema desde nuestra disciplina considerando la importancia del tema en nuestro país.

Palabras clave: violencia contra la mujer, atención psicológica, modelos de atención, género.

TABLA DE CONTENIDOS

Resumen.	1
Tabla de contenidos.	2
Abreviaturas.	3
I. Introducción.	4
II. Violencia contra las mujeres: consideraciones conceptuales.	5
III. Violencia contra la mujer magnitud del problema: algunas cifras.	12
IV. La violencia contra la mujer en Uruguay.	16
V. Efecto en la salud de las mujeres.	21
Efectos en la salud mental.	23
VI. Dispositivos de atención psicológica a mujeres que sufren violencia en relación de pareja.	27
Modelo: Cognitivo – conductual.	34
Modelo: Psicoterapia Psicoanalítica Focal y Breve.	35
VII. Reflexiones finales.	37
Referencias bibliográficas.	42

ABREVIATURAS

CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
ID	Intervención de Defensa
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social
MSP	Ministerio de Salud Pública
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidad
OPS	Organización Panamericana de la Salud
SEPT	Síndrome de estrés postraumático
SIG	Sistema de Información de género
TEPT	Trastorno por estrés postraumático
VD	Violencia doméstica

I. INTRODUCCIÓN

Esta monografía fue realizada como Trabajo Final de Grado para obtener el título de Licenciada en Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República.

Teniendo en cuenta la necesidad de estudiar y generar instancias de recolección y sistematización de la información respecto a la violencia de género, el tema central que se aborda es una de sus formas: la violencia contra la mujer.

La motivación personal que determinó la elección del tema estuvo pautada por el recorrido curricular durante la formación de grado así como la integración, en calidad de estudiante de grado, en el Programa de Género, Salud Reproductiva y Sexualidades del Instituto de Psicología de la Salud, en particular en su línea de trabajo sobre violencia de género.

La violencia contra la mujer es una forma más de la violencia de género, y su visibilización se dificulta en relación a los patrones culturales y socio-históricos que ubican a la mujer en un lugar de desventaja respecto al hombre, naturalizando determinadas prácticas que perpetúan esta desigualdad. Este problema impacta de diversas formas en las subjetividades de las personas, poniendo sobre la mesa cuestiones que hasta hace unas décadas no eran tema de atención. Es un asunto que abarca varias aristas y su relevancia se ve reflejada desde el punto de vista social, político, sanitario y de derechos humanos. El aporte de la psicología como disciplina y como práctica profesional es de suma importancia desde la intervención, prevención y concientización del problema.

En las últimas décadas se observa un incremento de las políticas y programas impulsadas por el Estado uruguayo, reflejado en leyes nacionales y normativas, como por ejemplo la ley 17514 de Violencia doméstica, las guías de abordaje y protocolos de asistencia del Ministerio de Salud Pública para centros de salud así como los programas en políticas públicas impulsados principalmente por el Inmujeres destinados a difundir la información respecto al fenómeno de la violencia contra la mujer. Esto último marca la relevancia del problema en Uruguay, problema que está siendo acompañado por una lucha contra la invisibilización del problema.

Las cifras disponibles a nivel oficial sobre la violencia contra las mujeres en nuestro país dan cuenta de la magnitud y gravedad del problema. En los últimos años dicha cifra ha

ido en aumento: en 2012 se contabilizaron 23988 casos denunciados y en 2013 los casos reportados por violencia doméstica fueron de 26080 denuncias. El aumento representa 8,7% de variación.

La relevancia del tema a nivel internacional se refleja en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, específicamente en el impacto de la violencia en la salud de las mujeres así como en los instrumentos de derecho internacional que la comunidad internacional ha definido como estrategias para prevenir y erradicar este problema en las sociedades contemporáneas. En particular se debe destacar la Convención contra toda forma de discriminación y violencia hacia las mujeres (CEDAW, 1995), ratificada por el Estado uruguayo en 1996 (Ley 16.735/96).

Por lo antes dicho este trabajo está enfocado en relevar aspectos concernientes a la violencia contra la mujer y los dispositivos de atención psicológica utilizados para su abordaje, a través de datos empíricos y aspectos teóricos sistematizados.

II. VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES: CONSIDERACIONES CONCEPTUALES

Es frecuente encontrar en textos académicos y documentos de política pública un uso poco preciso o incluso indiscriminado de conceptos como violencia contra las mujeres, violencia doméstica, violencia de género. En este apartado me propongo presentar algunas definiciones con el objetivo de establecer el alcance teórico de los términos antes mencionados. Las definiciones sobre violencia, como veremos, pueden remitir a las causas que la producen, a los efectos que provocan, al tipo de acción implicada a las víctimas que la padecen.

En primera instancia es pertinente exponer el concepto de *violencia*, ya que, como hace referencia Castro (2012) uno de los inconvenientes a los que nos enfrentamos cuando hablamos de la violencia contra las mujeres, es el alcance propio del concepto de violencia.

OMS (2002) propone una definición para el término. Esta definición explica a la violencia como el uso intencionado de la fuerza sea física o del poder, en grado de amenaza o efectivo, sea contra uno mismo, otra persona, grupo o comunidad, que

cause o que pudiera causar daños: lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones en general. Estas últimas (las lesiones psicológicas, los trastornos del desarrollo, privaciones en general) son consecuencia de conductas violentas, las cuales son menos notorias pero que comprometen el bienestar de las personas y de la comunidad en general.

Siguiendo esta línea podemos tomar un enfoque de género y pensar la violencia contra las mujeres a nivel estructural como menciona Castro (2012) el cual habla desde este enfoque partiendo de la base de que el orden social en el que estamos inmersos está dirigido para funcionar oprimiendo a las mujeres y reproduciendo constantemente este modelo. El autor toma conceptos como el de patriarcado y dominación masculina para referirse a este sistema social el cual encuentra su base en el privilegio masculino y la opresión a las mujeres y a lo femenino.

Castro (2012) advierte que tomando a la violencia estructural como enfoque nos encontramos en presencia de un concepto generalista de violencia, que puede aportar a la investigación sobre el tema pero que puede tener poca utilidad para estudiar los determinantes sociales más concretos así como las modalidades y consecuencias de las formas específicas de la violencia contra las mujeres. El enfoque de la violencia estructural abarca casi todos los ámbitos sociales en los que se reproduce el sistema social y por lo tanto, no permite una distinción y tratamiento de los distintos niveles implicados.

Podemos a su vez tomar lo expuesto por Michalski y Miller referidos por Castro (2012) cuando plantean niveles más concretos y proporcionan una estrategia diferenciadora para pensar entrono a la violencia contra las mujeres:

(...) en el nivel macro lo que tenemos es un sistema de dominación masculina, misma que en un nivel meso se traduce en diversas formas de desigualdad de género, mismas que a un nivel micro se traducen en variadas formas de maltrato, abuso y violencia hacia las mujeres (p. 20).

Como hemos señalado al inicio de este apartado, en muchas ocasiones la violencia de género se utiliza como sinónimo de violencia contra las mujeres.

Como explica Castro (2012) cuando hablamos de violencia de género estamos haciendo alusión a la existencia de un tipo de violencia que está relacionada con cuestiones de género y que, por lo tanto, afecta específicamente a las mujeres. Por esto último, se puede estipular que este concepto está basado en que hay un orden social en el cual las mujeres se encuentran en una posición de desventaja y en el cual se produce y reproduce la opresión hacia las mismas, así como un beneficio directo a los hombres y lo masculino. Esta desigualdad y estereotipos fundan la violencia de género. Por todo lo antedicho es que cabe preguntarse parafraseando a Castro (2012): *¿Es lo mismo hablar de violencia contra las mujeres que de violencia de género?*

Para contestar esta interrogante, Ward (2002 en Castro, 2012) propone una definición para la *violencia de género*:

(...) cualquier daño a otra persona perpetrado contra su voluntad, que tiene un impacto negativo sobre su salud física o psicológica, sobre su desarrollo y sobre su identidad, y que es el resultado de las desigualdades genéricas de poder que explotan la distinción entre hombres y mujeres, en hombres y mujeres (...) (p. 27).

Lo expuesto por Ward considera que si bien hay desigualdades de poder, la violencia puede ser ejercida a varones también, por lo que las victimarias serían las mujeres. Así mismo explica, que si bien no es dirigida exclusivamente hacia las mujeres, son las principales afectadas, ya que este tipo de violencia refleja una desigualdad entre hombres y mujeres instaurada y reproducida en la cultura. Como menciona Castro (2012), la violencia sería ejercida para reforzar dicha desigualdad, así como para restablecerla o imponerla.

Por otro lado, la violencia contra las mujeres es un concepto en el que *"se hace visible la víctima, pero no quien es el sistemático victimario ni cuáles son los ámbitos ni vínculos habituales de la violencia"* (Maffía, 2010, p. 5).

La ONU, la define en la Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer 1993, en su artículo I como:

"violencia contra la mujer" se entiende todo acto de violencia basado en la

pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada (ONU, 1993).

Otro concepto que importa precisar es el de *violencia doméstica*. Esta es definida por Castro (2012) como aquella violencia que es ejercida en el interior del ámbito doméstico y la cual no tiene como condición que los sujetos involucrados tengan alguna relación de parentesco.

Acorde a esto último Maffia (2010) explica que cuando hablamos de VD, solo se apunta al ámbito en que ésta se desarrolla, ámbito que es privado y no público, pero no refiere a la víctima en cuestión, ni al victimario ni a las razones de la violencia.

Hay un alto grado de coincidencia conceptual con la *violencia intrafamiliar*, en la cual la violencia se ejerce y se sufre por personas unidas por lazos de parentesco no importando el espacio físico en el cual se desarrollen las situaciones de violencia, sea este público o privado (Castro, 2012).

OPS por su parte propone una definición para la violencia intrafamiliar. La define como aquellas acciones u omisiones que son llevadas a cabo por algún miembro de la familia en relación de poder, no importando el espacio físico en el que ocurra, que interfiera en el bienestar, la integridad física, psicológica o la libertad así como el derecho al pleno desarrollo del otro (a) miembro de la familia (1995 en Aliaga, Ahumada, Marfull, 2003).

A su vez, la violencia puede ser clasificada según el tipo de acción en términos de violencia física, psicológica, sexual, moral, patrimonial.

La OPS (2010) define la violencia física como: causar daño no accidental a otra persona mediante el uso de la fuerza física o algún tipo de arma. Este tipo de violencia puede provocar o no lesiones internas, externas o ambas. El castigo repetido no severo también se considera violencia física.

La Violencia psicológica o emocional es conceptuada por la OPS como aquellas conductas que producen daño emocional, disminuyendo así la autoestima, perjudicando o perturbando el sano desarrollo de la mujer. Algunos ejemplos de este tipo de violencia

son: conductas ejercidas en deshonra descrédito o desprecio al valor personal, tratos humillantes, vigilancia constante, insultos repetidos, chantaje, degradación, ridiculización, manipulación, explotación entre otros (OPS, 2010).

La OMS (2002) define a la Violencia sexual cómo todo acto sexual o la tentativa de consumar un acto sexual involuntariamente, incluidas las insinuaciones sexuales no deseadas. Las acciones que lleven a utilizar la sexualidad de una persona usando como medio la coacción por otra persona siendo independiente la relación que se tenga con la víctima y el ámbito en que se desarrolla. Este tipo de violencia incluye las violaciones, estas se definen como la penetración forzada físicamente o utilizando otros medios de coacción, de la vagina, el ano u otras partes del cuerpo usando el pene u otros objetos. La trata de personas está incluida en la violencia sexual y es definida por la ONU (2007) como la acción de captar, trasladar, acoger o recibir personas, acudiendo a la amenaza o uso de la fuerza, coacción, rapto, fraude, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad de una persona que tenga autoridad sobre la víctima. Estas acciones tienen como fin explotación, lo que incluye la prostitución forzada y la explotación sexual, trabajo forzado, la esclavitud así como la extracción de órganos.

Hay que considerar también la mutilación genital femenina, expresada por la OMS (2013) como aquellos procedimientos que intencionalmente y por motivos no médicos alteran o lesionan los órganos sexuales femeninos, no produciendo ningún beneficio para la salud de las mujeres o de niña sino solamente un daño irreparable.

La Violencia patrimonial por último, se produce cuando el agresor a través de su conducta y/o omisiones afectan la vida económica de los miembros de la familia, la privación de la vivienda o el incumplimiento de cuotas alimenticias, el manejo y control de dinero arbitrariamente. *“Se puede describir como: la acción u omisión que implica daño, pérdida, transformación, sustracción (...) destinada a satisfacer las necesidades de algunas de las personas vulnerable a este tipo de violencia”* (OPS, 2010).

Hasta aquí, los tipos de violencia contemplados en los aportes de diferentes autores y organizaciones. Aún así hay que considerar otros tipos de violencia que también constituyen violencia contra las mujeres.

Estos son la violencia obstétrica, feminicidio y la violencia conyugal o de pareja.

Belli (2013), analiza las prácticas que se llevan a cabo en los centros de salud con mujeres parturientas, marcando relaciones de poder evidentes que ubican al profesional médico en una posición de saber incuestionable y por lo tanto a la mujer en una postura de subordinación y obediencia. La autora aclara que si bien los avances en el campo de la medicina que han surgido en los últimos tiempos han sido beneficiosos, las prácticas llevadas a cabo en el momento del parto de forma sistematizada, mecanicista y medicalizada puede derivar en situaciones de violencia para la mujer (Belli, 2013). A su vez señala que el paradigma médico vigente, toma a la mujer como un objeto de intervención y medicalización y no como sujeto de derecho, derechos que las mujeres no pueden reconocer como pasibles de ser ejercidos dado a la desigualdad existente entre estas y los profesionales de la salud.

La violencia obstétrica es una consecuencia casi inevitable de la aplicación del paradigma médico vigente en casi todos los países de la región. Puede definirse como el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Esta clase de violencia se expresa mayoritariamente -aunque no con exclusividad- en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y post parto (Belli, 2013, p. 28).

La autora explica que, al no contar con una definición precisa de violencia obstétrica se la asocia directamente con la experiencia del parto, pero que abarca todo el campo de la salud sexual y reproductiva: anticoncepción, planificación familiar, aborto y menopausia por nombrar los más significativos (Belli, 2013).

Tomando esto último, *La violencia obstétrica* es definida por Medina como:

(...) es toda conducta, acción u omisión, perpetrada por personal de la salud que sea de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, representado en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos considerados naturales (2008 en Magnone, 2011, p. 3).

El *feminicidio* por su parte es una categoría formulada en base al texto “Femicide” de Caputi y Russel publicado en 1990. Segato (2006) toma lo expuesto por estas autoras conceptualizando la categoría de feminicidio:

(...) representa un continuum de terror anti-femenino e incluye una amplia variedad de abusos verbales y físicos, tales como violación, tortura, esclavitud sexual (particularmente por prostitución), abuso sexual infantil incestuoso o extra-familiar, golpizas físicas y emocionales, acoso sexual (...), mutilación genital (clitoridectomía, escisión, infibulaciones), operaciones ginecológicas innecesarias (histerectomías gratuitas), heterosexualidad forzada, esterilización forzada, maternidad forzada, psicocirugía (...) cirugías plásticas, y otras mutilaciones en nombre del embellecimiento. Siempre que estas formas de terrorismo resultan en muerte, ellas se transforman en feminicidio (p.3).

Al instalar una categoría de la magnitud del feminicidio, tal como lo expresan líneas arriba las autoras, lo que buscan en definitiva es mostrar al patriarcado como una institución que tiene su base en el control del cuerpo y la capacidad punitiva sobre las mujeres, por otro lado mostrar como cara visible la dimensión política de los asesinatos de mujeres consecuencias de ese control (Segato, 2006).

Finalmente, *la violencia conyugal o de pareja* se refiere a las situaciones de violencia que se llevan a cabo entre parejas en las cuales existe un vínculo erótico-afectivo y existe el reconocimiento de este vínculo de pareja, conviven bajo un mismo techo siendo de unión consensual o porque estén legalmente casados (Castro, 2012).

Torres (2001 en Ramírez et al, 2005) conceptualiza la violencia conyugal y explica que esta existe cuando la forma de interacción (en la pareja) está delimitada por las relaciones de poder que marcan un desequilibrio de poder impuestas por las diferencias de género. Implica así, conductas de acción u omisión que puede manifestarse en un daño físico, psicológico y sexual.

La OPS (2013) se refiere a que la violencia en la pareja es una de las formas más comunes de la violencia contra la mujer. Explica que si bien las mujeres pueden también ejercer la violencia contra sus parejas varones por lo general es en defensa propia, sostiene que habitualmente la violencia que se ejerce contra la mujer es por parejas

íntimas del sexo masculino, siendo más probable que los hombres sean violentados por desconocidos o conocidos no cercanos.

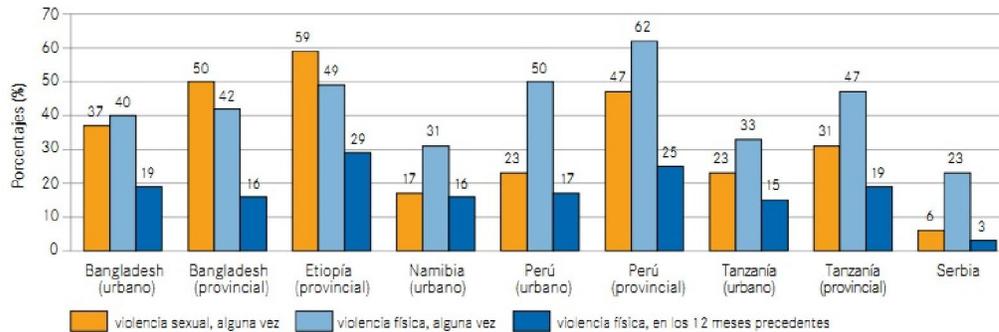
La violencia de pareja puede presentarse del mismo modo en parejas homosexuales (gay y lesbica), aunque la visibilización del problema se restringe de manera tal que se dificulta su prevención y atención (Cantera y Blanch, 2010).

III. VIOLENCIA CONTRA LA MUJER MAGNITUD DEL PROBLEMA: ALGUNAS CIFRAS

La OMS es quien nos brinda datos globales y fehacientes respecto a la violencia contra la mujer y su impacto en la salud. Así, en 2005 llevó a cabo un estudio multipaís sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer. Se tomó datos de 24000 mujeres sobre violencia infligida por la pareja en 10 países (Bangladesh, Brasil, Etiopía, Japón, Namibia, Perú, la República Unida de Tanzania, Samoa, los estados antes unidos de Serbia y Montenegro y Tailandia) los cuales representaban diferentes entornos culturales, urbanos, geográficos y provinciales.

El siguiente gráfico presenta los resultados obtenidos por OMS en base al referido estudio respecto a mujeres en situación de pareja que dieron cuenta de haber sufrido violencia.

Gráfico 1: Porcentaje de mujeres alguna vez en pareja que informaron sobre violencia física o sexual infligida por la pareja, por tipo de violencia y momento en que se perpetró, Estudio multipaís de la OMS, 2005.

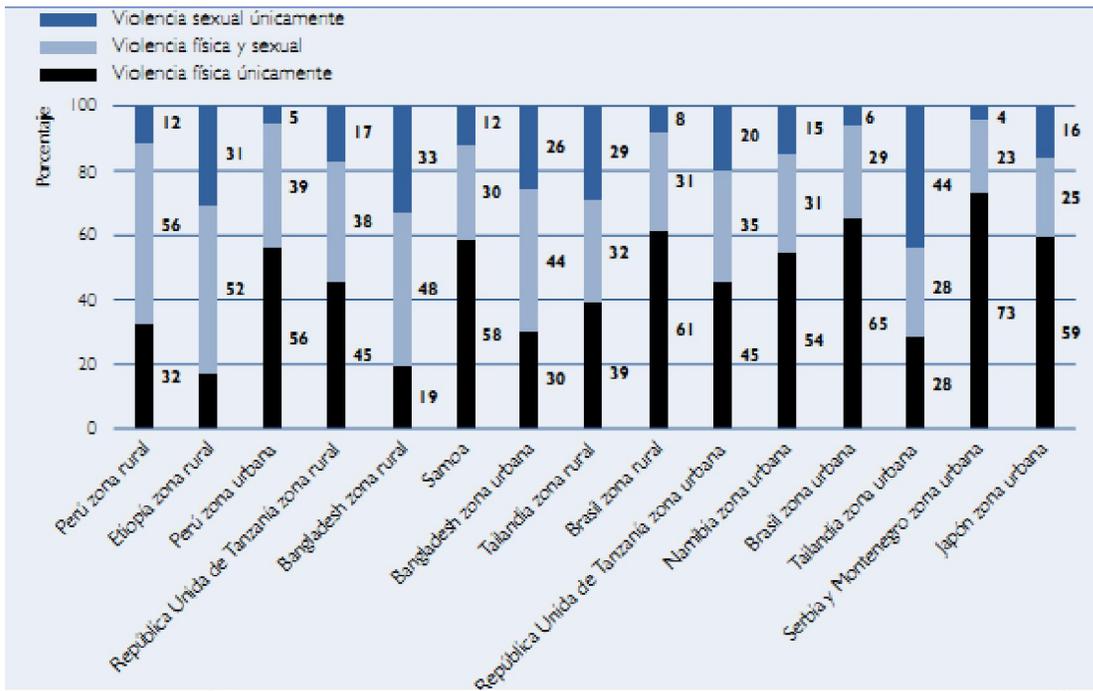


Fuente: Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia infligida por la pareja. OPS, 2013.

Los resultados muestran que 13% a 61% de las mujeres reportaron que alguna vez habían sufrido violencia física infligida por su pareja; entre 4% y 49% señalaron que habían sido víctimas de violencia física grave causada por su pareja; entre 6% y 59% indicaron que en algún momento de sus vidas sufrieron violencia sexual infligida por su pareja; entre 20% y 75% notificaron que, en el transcurso de su vida, habían sufrido uno o más actos de maltrato emocional perpetrados por su pareja (García Moreno et al, 2005).

Este estudio a su vez arrojó como resultado que entre 23% y 56% de las mujeres que alguna vez habían sufrido violencia física o sexual perpetrada por su pareja informaron haber sufrido ambas formas de violencia (García Moreno et al, 2005) como muestra la siguiente gráfica:

Gráfico 2: Distribución, por lugar, de la frecuencia de los tipos de violencia contra la mujer infligida por su pareja, entre mujeres que habían sido alguna vez víctimas de violencia.



Fuente: Estudio Multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica. Primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia. OMS, 2005.

Por otro lado, un estudio comparativo llevado a cabo por Kishor y Johnson en 2004 (OPS, 2013) de datos de encuestas de demografía y salud realizadas en nueve países arrojó como resultado que la proporción de mujeres que alguna vez habían tenido pareja y que notificaron haber sido víctimas de violencia física o sexual por su pareja oscilaba entre el 18% en Camboya y 48% en Zambia respecto a la violencia física, y entre 4% y 17% respecto a la violencia sexual.

A su vez, un análisis de datos de encuestas de demografía y salud realizado en diez países por Hindin, Kishor y Ansara en 2008 (OPS, 2013) reflejó que la violencia física o sexual infligida por la pareja o comunicada alguna vez por mujeres casadas, variaba entre 17% en República Dominicana y 75% en Bangladesh.

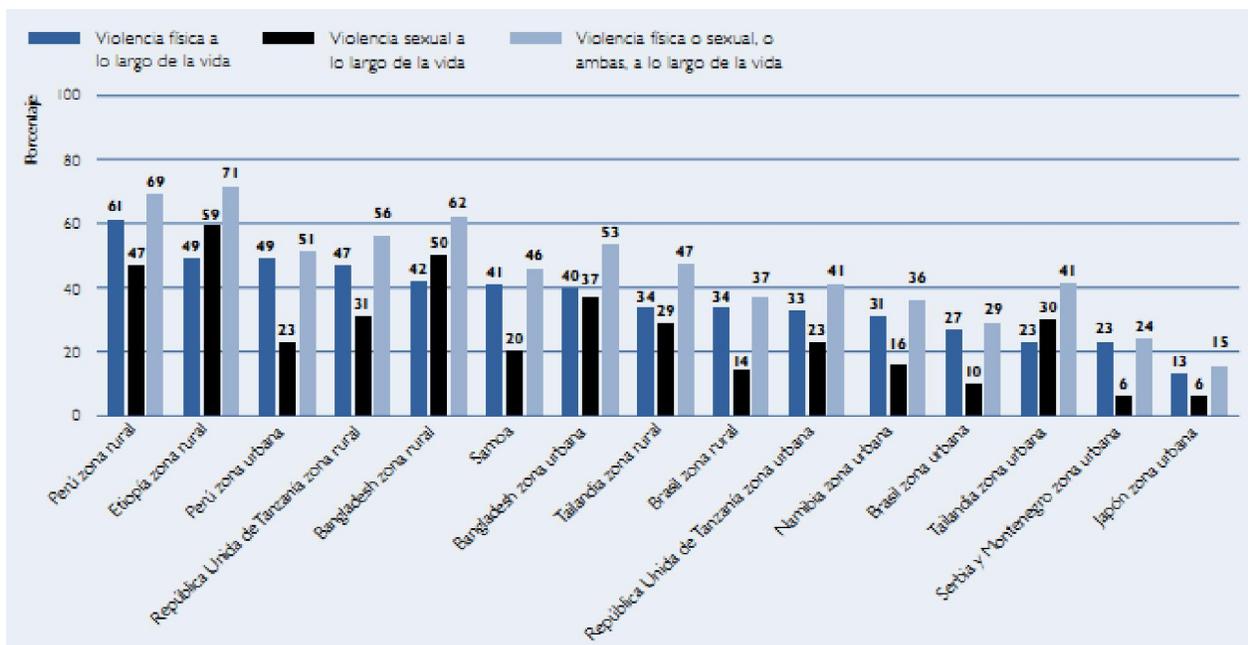
Siguiendo esta línea, un análisis comparativo de datos de encuestas de demografía y salud realizado por Bott (s/f en OPS, 2013) en doce países de América latina y el Caribe

identificó que la mayor parte de mujeres entre el 61% y 93%, informan haber padecido violencia física por su pareja en los 12 meses precedentes, también habían sufrido violencia emocional.

Con esto último se pretende mostrar que estas investigaciones llevadas a cabo indican que las formas de violencia coexisten, así la violencia física va acompañada por abuso sexual y maltrato emocional (OPS, 2013).

El siguiente gráfico muestra los porcentajes referidos a la prevalencia de violencia, física, sexual o ambas en mujeres que habían tenido pareja según el estudio multipaís de la OMS:

Gráfico 3: Prevalencia, por lugar, de la violencia física y sexual infligida por la pareja durante la vida de la mujer, entre mujeres que habían tenido pareja alguna vez.



Fuente: Estudio Multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica. Primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia. OMS, 2005.

Los resultados muestran que el porcentaje de mujeres que había padecido violencia física o sexual perpetrada por sus parejas variaba entre 13% en Japón y 61% en el entorno Provincial de Perú. Japón registraba un porcentaje de violencia sexual de 6% (nivel más bajo) y Etiopía de 59% (nivel más alto).

- El entorno Provincial de Bangladesh, Etiopía y el entorno urbano de Tailandia ocurrieron con más frecuencia actos de violencia sexual.
- En los países donde se estudiaron tanto ciudades grandes como entornos provinciales, los niveles de violencia perpetrado por la pareja fueron por lo general más elevados en las provincias, con una población rural más numerosa, que en los núcleos urbanos (García Moreno et al, 2005).

IV. LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER EN EL URUGUAY

Nuestro país cuenta con una legislación que desde 1995 considera como delito los casos de violencia doméstica.

En una primera instancia, se reconoce la VD como delito en la ley n° 16.707 de Seguridad ciudadana, en su artículo n° 18:

Violencia doméstica. El que, por medio de violencias o amenazas prolongadas en el tiempo, causare una o varias lesiones personales a persona con la cual tenga o haya tenido una relación afectiva o de parentesco, con independencia de la existencia del vínculo legal, será castigado con una pena de seis a veinticuatro meses de prisión (Ley 16.707, 1995).

Este artículo si bien se titula *Violencia doméstica*, no hace referencia al ámbito en el cual se desarrollan las situaciones de violencia (ámbito doméstico), característica que define y delimita a la VD conceptualmente como en su campo de acción. Igualmente, se entiende como un avance significativo la inclusión de este artículo en el sistema legal, cumpliendo con las disposiciones internacionales con las cuales ha asumido un compromiso y ratificado en sus leyes y decretos correspondientes (MSP, 2009).

Así, en materia de legislación, la penalización así como determinados lineamientos a seguir tanto a nivel judicial como en materia de políticas públicas se ve reflejado en la ley n° 17514 sobre Violencia Doméstica, contemplando la VD como un delito y refiriéndose a la misma como:

Toda acción u omisión, directa o indirecta, que por cualquier medio menoscabe, limitando ilegítimamente el libre ejercicio o goce de los derechos humanos de una persona, causada por otra con la cual tenga o haya tenido una relación de noviazgo o con la cual tenga o haya tenido una relación afectiva basada en la cohabitación y originada por parentesco, por matrimonio o por unión de hecho (Ley 17514, 2002).

La ley a la que hacemos referencia expande los límites del ámbito privado doméstico y especifica las relaciones de parentesco o afectivas, vínculos mediante el cual se llevan a cabo las situaciones de violencia. Así también el desarrollo de planes y programas abocados a prevenir y erradicar la violencia contra la mujer se ve reflejado en manuales y políticas de acción en este terreno. Se expondrán dos de ellos, significativos desde sus enfoques y que comienzan a dar estructura al abordaje de la temática.

En 2003 se publica el *Plan Nacional de lucha contra la Violencia Doméstica* para el período 2004-2010, siguiendo los parámetros establecidos en la ley n° 17.514, en la cual se establece la creación del Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la Violencia Doméstica el cual debe elaborar este plan. El enfoque debe estar orientado a prevenir, rehabilitar y atender a las personas involucradas en las situaciones de violencia doméstica.

En 2006 se publica la Guía para abordar situaciones de violencia doméstica en el primer nivel de atención: *Abordaje de Violencia Doméstica hacia la mujer* (MSP, 2006). Con esta guía se pretende dar cumplimiento a lo estipulado en la ley de VD en el tema referente a salud, partiendo de un modelo integral de intervención y atención de la mujer que acude al centro de salud.

En nuestro país los casos de violencia contra la mujer están amparados dentro de la ley de violencia doméstica, por esta razón los programas antes descriptos y las leyes toman la categoría de VD, siendo esta una forma más de la violencia de género. Así, los datos que se disponen en nuestro país son respecto a la VD ya que, como se mencionó líneas arriba es lo que contempla la ley como delito.

Tomando en cuenta la relevancia del problema en nuestro país, en 2013 la Unidad de Sociología de la Salud. Dpto. de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de

Medicina (UdelaR) realizó un estudio de prevalencia de la VD a 1200 mujeres mayores de 15 años de cinco regiones de todo el país, usuarias de centros de salud públicos y privados. El estudio se llevó a cabo por el Programa Integral de lucha contra la Violencia de Género en el cual participa MIDES, Ministerio de Interior, MSP y Poder Judicial y contó con el apoyo financiero de la Agencia española de Cooperación Internacional para el Desarrollo. Esta encuesta es una forma de articulación entre investigación y acción, fue llevada a cabo por equipos de referencia y servicios de salud seleccionados en función de los casos detectados, asegurándose que estos fueran representativos a nivel nacional.

Los resultados de dicho estudio indican que *“1 de cada 4 mujeres de 15 y más años usuarias del servicio de salud público o privado en localidades urbanas del país, manifiesta haber vivido episodios de violencia doméstica en alguna de sus expresiones”* (MSP, 2013). El estudio arrojó como resultados a su vez, que 20,5% de las mujeres encuestadas sufren VD todos los días, 14,5% de los casos de VD se llevaron a cabo mientras la mujer se encontraba embarazada y al consultarle a las mujeres como perciben la gravedad de los hechos vividos, 35% de las encuestadas los calificó como bastante o muy graves. Por otro lado se registró una mayor prevalencia en mujeres jóvenes entre 15 y 18 años siendo del 35,4%, mientras que en menor prevalencia entre las mujeres más adultas, de 65 y más años con 22% (Informe de principales resultados, 2013).

Respecto a estos datos hay que considerar que el aumento puede estar motivado por las diferentes campañas y políticas públicas orientadas a concientizar y no invisibilizar este fenómeno¹, obteniendo como resultado que las mujeres que sufren violencia tengan la información adecuada para saber dónde dirigirse en caso de denunciar una situación de estas características.

Durante el 2011, ocurrieron 38 muertes de mujeres de las cuales 20 de estas el perpetrador fue la pareja o ex-pareja de las víctimas (SIG, 2011) (hablamos de que más del 50% de los asesinatos se dio en situaciones de violencia).

¹ Como es el caso Inmujeres-MIDES, órgano rector de políticas en género en el Uruguay.

Respecto al incremento en las cifras registradas en materia de VD, el Inmujeres-MIDES brinda datos respecto al acceso de mujeres en situación de violencia que consultan en centros de salud. El impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada en el período comprendido entre 2008-2011 se observa un incremento en la cifra de mujeres que consultan por primera vez: en 2008 el número no ascendió a 803 consultas, el aumento reflejado en 2011 fue de 1693.

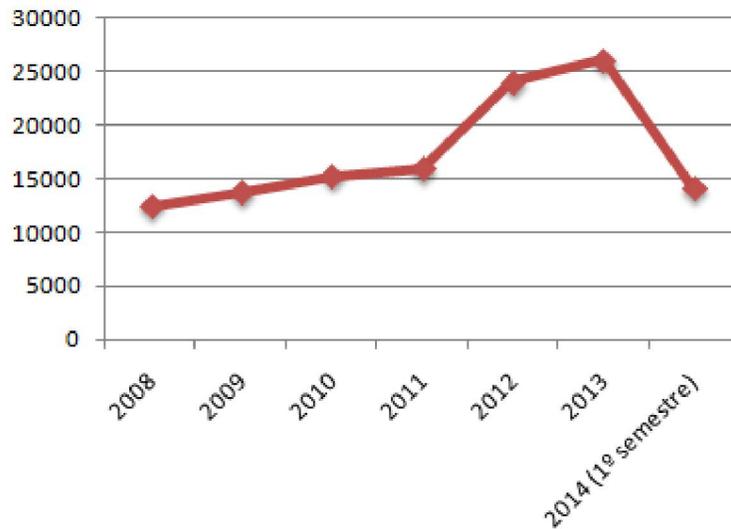
En el año 2012 el número de denuncias recibidas o detectadas en actividad policial fue por concepto de violación 257 denuncias cuya variación porcentual respecto al 2011 fue 16%. Las denuncias por VD correspondieron a 23988, número que aumentó respecto al año anterior en un 51%.

En el 2013, los casos consumados y denunciados de violación corresponden a 290 casos y la variación porcentual responde a 12,8%. Las cifras por denuncias de VD fue de 26080, reflejándose un aumento respecto al año anterior cuya variación porcentual es de 8,7%.

Finalmente, los datos expuestos en el primer semestre del 2014 corresponden a 110 denuncias por violación y 25 casos de tentativa. Respecto a las denuncias por VD, 14065 son los casos reportados.

El estudio mencionado anteriormente permite aproximarse a las características de la VD en nuestro país, así como el Sistema de Información de Género del Inmujeres-MIDES y el Observatorio Nacional de Violencia y Criminalidad nos brindan datos que demuestran que los casos que se denuncian en materia de VD van en aumento como lo ilustra la siguiente gráfica:

Gráfico 4: Número de denuncias por VD en Uruguay. Años 2008-2014 (primer semestre).



Fuente: Elaboración propia en base a datos disponibles en: División Estadísticas y Análisis Estratégicos-Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad, Ministerio del Interior.

Un aspecto que es importante destacar es la dificultad que se percibe a la hora de registrar casos de violencia de género en particular casos de violencia contra la mujer, por parte de organismos e instituciones destinadas a tal fin. Como hemos visto, el Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad del Ministerio del Interior es quien cuenta con cifras respecto a casos de VD, violaciones y asesinatos de mujeres, cifras que reflejan la realidad nacional no así datos segregados por departamento. Aquellas organizaciones e instituciones que reciben y trabajan casos de mujeres que sufren violencia no cuentan con un sistema de registro que permitan centralizar la información para conocer la situación real a través de cifras o por lo menos no se encuentra documentado con acceso a tales datos.

Respecto a esto último cabe tomar un documento desarrollado por la Unidad de Mujer y Desarrollo de la CEPAL en 2002 en el marco del proyecto *“Uso de indicadores de género para la formulación de políticas públicas” para América Latina y el Caribe*. Uno de los fines de este documento es el de plantear las necesidades de información de los usuarios/as así como de la formulación de políticas públicas que hagan frente al problema de la violencia contra la mujer.

En una primera instancia, los países realizaron la medición de la violencia a través de estudios exploratorios, siendo estos de tipo cualitativo y cuantitativo. Con estos se logra una mayor comprensión e identificación de los factores que intervienen en las situaciones de violencia señalando el origen sociocultural, la dinámica relacional así como el carácter multidimensional que le dan al fenómeno el grado de problema complejo, lo que requería para su cuantificación el desarrollo y la posterior implementación de estrategias, instrumentos así como metodologías adecuadas a dicho fenómeno y al contexto en que se desarrolla. Luego de esta primera etapa de estudios de medición cuantitativa, las iniciativas se orientaron al uso de encuestas representativas de población y utilización de los registros administrativos, los que permiten generar información proveniente de distintos servicios de atención a mujeres víctimas de violencia. Por esta razón es que tanto las encuestas como los registros administrativos son fuentes potenciales para desarrollar indicadores que reflejen el estado y la magnitud de la violencia que afecta a las mujeres en general así como aquellas mujeres que recurren a centros de atención específicos (Almerás et al., 2002).

V. EFECTO EN LA SALUD DE LAS MUJERES

La violencia contra las mujeres es un problema de salud pública así como una violación a los Derechos Humanos (OMS, 2013) y al goce de sus libertades fundamentales. Se entiende por derechos y libertades fundamentales:

- El derecho a la vida.
- El derecho a no ser sometido a torturas o a tratos o penas crueles,

In humanos o degradantes.

- El derecho a protección en condiciones de igualdad con arreglo a normas

Humanitarias en tiempo de conflicto armado internacional o interno.

- El derecho a la libertad y a la seguridad personal.
- El derecho a la igualdad ante la ley.

- El derecho a la igualdad en la familia.
- El derecho al más alto nivel posible de salud física y mental.
- El derecho a condiciones de empleo justas y favorables (OPS, 2010).²

Las mujeres en prácticamente todos los entornos en los que se desenvuelve, tiene probabilidades de sufrir violencia perpetrada por sus parejas o por terceros (conocidos o no) la cual puede darse por largos períodos de tiempo (OPS, 2013).

García Moreno (2000) hace especial hincapié en que la violencia contra las mujeres afecta una amplia gama de aspectos en la vida de las mismas como su autonomía, productividad, calidad de vida así como la capacidad para cuidar de sí mismas y de sus hijos/as.

De la misma forma la OPS (2010) especifica que uno de los factores más importantes en el comportamiento violento son las pautas culturales, ya que la violencia puede constituir parte de las normas que finalmente determinan el comportamiento y la identidad de los grupos. Los estereotipos de género predominantes en una sociedad refuerzan la idea de que existe “derecho” de la pareja de controlar a la mujer a través de la violencia.

Diversos autores (García Moreno, 2000; Matud, 2004; Rama Lira, 2007; Vieyra et al, 2009; OPS, 2010; OPS, 2013; OMS, 2013; Calvo y Camacho, 2014) concuerdan en que la violencia contra la mujer tiene diversos impactos para las mujeres que lo padecen. Entre ellos se destacan: las *lesiones físicas* como los hematomas, excoriaciones, laceraciones, heridas punzantes, quemaduras o mordeduras, así como fracturas de huesos o dientes (OPS, 2013), impactos en la *salud sexual y reproductiva*: enfermedades de transmisión sexual, embarazo no deseado y aborto y/o aborto inseguro; afecciones del aparato digestivo, síndrome del colon irritable, trastornos del sueño, trastornos alimenticios, problemas ginecológicos, dolor pélvico crónico,

² Recomendación General No. 19 aprobada en su 11º período de sesiones, en 1992, por el Comité de Seguimiento de la aplicación de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Mujeres.

fibromialgia (Pazaola-Castaño Ruiz Pérez, 2004; OMS, 2013), cefaleas, cansancio, fobias, ansiedad, depresión, trastornos por estrés postraumático, baja autoestima, autoagresión o conductas suicidas y abuso de sustancias (alcohol y drogas).

Estas consecuencias descritas son solo algunas de la lista que componen los impactos en la mujer que sufre violencia.

La violencia doméstica contra la mujer tiene impacto a su vez en la inserción al mercado laboral y en su productividad, efecto que tiende a agudizarse en los extractos más pobres de las poblaciones en las cuales la necesidad de ingresos es imprescindible para la subsistencia familiar (OPS, 2010). Así también, el costo social y económico de la violencia contra las mujeres es grande y repercute en toda la sociedad. Las mujeres afectadas pueden llegar al extremo de encontrarse aisladas e incluso incapacitadas para trabajar, no tener ingresos propios y no cuidar de sí mismas así como de sus hijos/as (OMS, 2013).

Efectos en la salud mental

Numerosas investigaciones señalan como una de las principales consecuencias de la violencia contra la mujer al *Trastorno por estrés postraumático* (TEPT), estimándose que la prevalencia de este trastorno varía entorno al 60% de los casos (Golding, 1999; Rincón et al., 2004, en Aguirre et al., 2010).

El TEPT es considerado como la categoría diagnóstica que reúne y mejor describe los síntomas observados en mujeres que sufren maltrato, aunque se empezó a tener en cuenta para este tipo de víctimas a partir de las modificaciones realizadas en el DSM IV (Paz Rincón et al, 2004).

Los criterios descriptivos en el DSM V (APA, 2014), develan una serie de síntomas desarrollados por mujeres que sufren violencia y que finalmente se constituye en un trastorno. Tales síntomas fueron nombrados líneas arriba como consecuencias o impactos en la salud de la mujer víctima de violencia.

Algunas investigaciones como la realizada por Levendosky y Graham-Bermann en la Universidad del Estado de Michigan, indican que el TEPT desarrollado por estas mujeres oscila entre 45% y 85% de los casos. Estas cifras muestran la importancia de

este trastorno en mujeres víctimas de violencia (2001, en Paz Rincon et al, 2004). Tomando los criterios del DSM IV, se realizaron estudios con el fin de recabar información y relevar aquellos síntomas y características de mujeres que desarrollaban el TEPT. Echeburúa, Corral y Amor en 1998 investigaron las características del TEPT en mujeres víctimas de violencia doméstica, los datos arrojados corresponden a que los síntomas de re experimentación y los de aumento de activación figuran de forma bastante frecuente en estas mujeres (Paz Rincon et al, 2004).

La re experimentación se refiere a que la situación traumática se repite de forma persistente a través de las siguientes formas:

1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.
2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.
3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse)
4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático (APA, 1995, p. 439).

Los síntomas de aumento de la activación (ausentes antes del trauma) corresponden a:

1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño
2. Irritabilidad o ataques de ira
3. Dificultades para concentrarse
4. Hipervigilancia
5. Respuestas exageradas de sobresalto (APA, 1995, p. 440).

Por otro lado, algunos autores toman síntomas específicos que se manifiestan en mujeres que sufren violencia y no al TEPT como totalidad destacando lo que llaman

Subsíndrome de estrés postraumático (SETP) (Hickling y Blanchard, 1997 en Paz Rincon, 2004). El SETP se caracteriza (tomando como criterio diagnóstico el DSM-IV) por la presencia de alguno de los síntomas de re experimentación (expuesto líneas arriba) y cumplir con por lo menos tres de los síntomas de evitación (algunos de estos síntomas son: evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre la situación traumática, evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma, reducción del interés o la participación en actividades significativas, sensación de un futuro desolador (APA, 1995)) o, por lo menos dos síntomas del incremento de la activación (también explicado anteriormente), pero nunca ambos.

El SEPT puede convertirse en un TEPT, según pudo constatarse en seguimientos llevados a cabo en pacientes con el síndrome, en el transcurso de un mes (Blanchard et al, 1996 en Paz Rincon, 2004).

Según Echeburúa et al. (1997) el TEPT en estas mujeres víctimas está asociado a una inadaptación global mayor, existencia de relaciones sexuales forzadas, persistencia de maltrato dándose esta situación durante el embarazo también así como a la carencia de apoyo social y familiar.

El estudio llevado a cabo por Paz Rincon et al. en España (2004) arrojó que los síntomas que se dan con más frecuencia del TEPT en mujeres que sufren violencia son los de *re experimentación*: malestar psicológico al recordar el trauma, recuerdos intrusivos y malestar fisiológico al recordar lo vivenciado, los que se presentan en un 75.7, 71.5 y 62.9% respectivamente, *aumento de activación* presentes en un 50%, resaltando los síntomas referentes a dificultades para conciliar o mantener el sueño y las dificultades de concentración. De los *síntomas de evitación* los autores destacan: evitar pensamientos, sentimientos y conversaciones asociado a lo vivido representando el 67.1%, pérdida de interés de actividades significativas en un 62.8% y restricción de la vida afectiva 57.1%.

Otra de las consecuencias de la violencia contra las mujeres en su salud mentales la *depresión*.

Se considera a la depresión como una de las principales consecuencias de la violencia que sufren las mujeres. Un meta análisis realizado por Golding en la Universidad de

California, sugiere que la prevalencia de la depresión en mujeres que sufren violencia varía entre 15% y 83%. Esta frecuencia está expresada en relación a la gravedad y duración de las situaciones de violencia (Golding, 1999 en Pazaola-Castaño y Ruiz Pérez, 2004). Campbell y Soetken (1995; 1999 en Pazaola-Castaño y Ruiz Pérez, 2004) en un estudio realizado en EE.UU (Universidad de Maryland) hallaron la relación entre el primer episodio de depresión en mujeres y la iniciación de situaciones de violencia. Así también demostraron que el 83% de las mujeres víctimas de violencia doméstica que se encontraban en un centro de acogida y finalmente salían del mismo, sufrían depresión y el porcentaje de casos no ascendía a 49% a los seis meses de abandonar las situaciones de violencia. Esto último nos muestra la relación directa entre depresión y la violencia sufrida por las mujeres.

Se ha demostrado en un estudio realizado en los Estados Unidos y algunos países del extranjero que la probabilidad de que las mujeres sufran depresión es dos veces mayor respecto a los hombres (Culbertson, 1997 en Pazaola-Castaño y Ruiz Pérez, 2004) a la vez que muchas veces se considera a la depresión como un estado “natural” de las mujeres y asignado a características biológicas como ser por ejemplo el ciclo reproductivo de las mujeres (Wise et al, 2001 en Pazaola-Castaño y Ruiz Pérez, 2004).

Las conductas suicidas y el abuso de sustancias por su parte también son impactos directos en la salud mental de las mujeres.

Según estudios realizados en Argentina y México, la mujer que sufre violencia se encuentra cinco veces más expuesta suicidarse, a su vez es doce veces más propensa al suicidio y se encuentra cinco veces más necesitada de tratamiento psiquiátrico (Tortosa, 1998; Ramos-Lira, 2001 en López y Apolinar, 2005).

En el meta-análisis llevado a cabo por Golding (1999 en Alonso, 2007) mencionado anteriormente, la tasa de prevalencia de suicidio en mujeres que sufren violencia varía entre un 4.6% y 77% siendo la media ponderada situada en 17.9%.

Respecto a factores de riesgo que pueden inducir el suicidio podemos encontrar el aislamiento al que están sometidas las mujeres, viendo como única salida a la situación que están viviendo la autoeliminación (Blaauw et al., 2002 en Alonso, 2007).

El abuso de sustancias, tal y como lo menciona Alonso (2007) puede estar asociado a un intento por aliviar el estado de malestar en el que se encuentra la mujer generado por las recurrentes situaciones violentas a las que se enfrenta. Es así que recurre al consumo de sustancias adictivas, sean éstas psicofármacos, alcohol o drogas. Al referirnos a las drogas podemos decir que en el estudio llevado a cabo por Golding (1999 en Alonso, 2007) que el consumo de drogas afecta hasta el 8.9% de las mujeres víctimas de violencia y arrojando como dato que las mujeres más jóvenes son más propensas al consumo.

El consumo de alcohol tomando como referencia a Clark y Foy (2000 en Alonso, 2007), está relacionado al aumento de la percepción de amenaza a su integridad física y por esto último, en relación directa con la gravedad de las situaciones de violencia vividas por la mujer.

Los psicofármacos por su parte son consumidos por las mujeres en función de aminorar la ansiedad que les produce la violencia experimentada y bloquear el malestar tanto físico como emocional provocado por las situaciones de estrés crónico (Echeburúa y Corral, 1998 en Alonso, 2007).

VI. DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA A MUJERES QUE SUFREN VIOLENCIA EN RELACIÓN DE PAREJA

Es importante tener en cuenta, cuando de intervenir en situaciones de violencia contra la mujer se trata, algunas cuestiones referidas a la actuación del profesional. Tales cuestiones implican, por ejemplo, el diseño de tratamientos con intervenciones específicas, las cuales deben adaptarse a las distintas mujeres dependiendo del momento del proceso en que se encuentren persiguiendo como fin la eficacia en los tratamientos y que cumplan con el cometido de ayudar a las mujeres (Romero, 2010).

Romero (2010) plantea ciertos elementos que piensa que debe cumplir toda intervención psicológica con mujeres que sufren violencia, elementos que deben ser considerados más allá de los variados modelos de intervención y fundamentos teóricos así como de las diferencias específicas de cada mujer. La autora (Romero, 2010) llama

a estos elementos “*Principios básicos de la intervención*”, los cuales son: la *perspectiva de género*; *desnaturalizar la violencia invisible* lo que implica desvelar aquellas conductas consideradas “normales” y que implican formas de violencia hacia la mujer; *posicionamiento contra la violencia*, es decir, es necesario saber que no existe una postura neutral ante una situación de violencia: hay quien ejerce la violencia y hay quienes la padecen; *equipo multiprofesional y especializado*, lo que implica entender al ser humano como un ser bio-psico-social, teniendo en cuenta a la violencia contra la mujer como un fenómeno complejo por lo que es necesario que intervengan una gama considerable de disciplinas que aborden la situación; *niños y niñas como víctimas y testigos* y la *seguridad de la mujer* siendo esta cuestión la primera en ser atendida en la intervención, ya que ningún tratamiento terapéutico puede tener éxito si no se ha establecido la seguridad de la mujer.

Romero (2010) a su vez plantea una serie de consideraciones que se deben de tener presente a la hora de iniciar una intervención psicológica con una mujer víctima de violencia, consideraciones que nada tiene que ver con el enfoque teórico o los modelos de intervención que se diseñen para abordar la situación de violencia como ya se mencionó.

Así, los aspectos a explorar antes de iniciar la intervención son: *estilo de contacto*, es necesario precisar cuál es el tipo de relación que la mujer establece con el/la profesional, este tipo de contacto marcará cuales intervenciones la mujer permitirá y cuáles no; *grado de conciencia*, sucede en ocasiones que la perspectiva subjetiva de la situación no coincide con la evaluación objetiva que pueda hacerse de una situación de violencia, con esto se quiere decir que hay mujeres que padecen situaciones de violencia y que no se consideran a sí mismas como maltratadas, no reconocen estas situaciones como violentas; *tipo y gravedad de la violencia y de las secuelas*, a tener en cuenta que no toda violencia es igual (aunque sí toda violencia deja consecuencias en la mujer en menor o mayor medida) y por lo tanto la intervención no será igual para todo tipo de violencia; *fase de la violencia*, el ciclo de la violencia ayuda a explicar cómo se produce y se mantiene la violencia en la pareja, los sentimientos que experimenta la mujer en cada una de las fases, lo que ayuda a pensar al profesional en cuáles pueden

ser las posibles intervenciones a llevar a cabo³; *áreas de conflicto*, se deben de explorar las áreas de conflicto teniendo en cuenta la personalidad previa de la mujer como las secuelas que dejó la violencia, es necesario a su vez ir analizando cuales áreas podemos ir explorando y cuales por el momento no, así como estar atento a síntomas y signos que permitan dar cuenta de un cuadro psicopatológico en la mujer; *alcance de la intervención*, las mujeres maltratadas integran, por la complejidad del problema, una red de recursos institucionales por lo que es necesario tener una coordinación acorde en los equipos a fin de evitar una re victimización de la mujer; *seguridad de la mujer*, este ítem comparte lo mencionado líneas arriba.

Lo descrito hasta el momento nos ubica en lo previo a tener en cuenta al iniciar una intervención psicológica, aspectos que nos pueden ser útiles y permitirían un abordaje contemplativo de la situación global de la mujer.

Por otro lado, otros autores plantean la existencia de la intervención directa y la indirecta (Ramsey et al., 2009; Garriga y Martín, 2010). La indirecta, se refiere a mejorar actuación de los profesionales que toman contacto con situaciones de mujeres que sufren violencia; la intervención directa como las intervenciones de defensa o la psicoterapia por ejemplo, refiere a aquellas intervenciones que se realizan contacto directo con la mujer en situación de violencia.

Ramsey et al. (2009) por su parte plantea la existencia de intervenciones primarias, secundarias y terciarias. Las *primarias* remiten a la prevención de la violencia contra la mujer, las *secundarias* están destinadas a evitar que se produzcan más abusos y las *terciarias* se dedican a tratar las consecuencias de la violencia una vez que esta ha cesado.

Siguiendo esta línea, los autores (Ramsey et al., 2009) exponen las *Intervenciones de defensa* (ID). Quienes llevan adelante este tipo de defensa son los “defensores” los cuales se ocupan individualmente de víctimas de violencia realizando un proceso de fortalecimiento y vinculando a la mujer con servicios comunitarios que puedan ayudarla.

³ Walker (1984 en Romero, 2010) describió el ciclo de la violencia y definió las siguientes fases: fase de formación de la tensión, fase de agresión y fase de reconciliación o luna de miel.

A su vez, los defensores pueden contribuir en servicios sanitarios concientizando y sensibilizando a los médicos sobre el tema, por ejemplo.

Las ID tienen por objetivos centrales:

- Asesoramiento legal, económico y posibilidades de alojamiento.
- Acceso y uso de recursos comunitarios (refugios, albergues, intervenciones psicológicas).
- Asesoramiento de planificación de seguridad.
- Prestar apoyo constante y asesoramiento informal (Ramsey et al., 2009).

Respecto a la duración e intensidad de este tipo de intervención, puede variar: ante una crisis o intervenciones a corto plazo, las intervenciones son breves consistiendo en el trabajo del defensor con la mujer durante un tiempo limitado de tiempo. La duración igualmente va a derivar de las necesidades de la mujer existiendo la posibilidad de que la intervención sea más duradera y pueden incluir sesiones semanales hasta por doce meses. De destacar es que las ID se basan en el concepto de fortalecimiento de la mujer que se encuentra en situación de violencia (Ramsey et al., 2009).

Este tipo de intervención puede ser de gran utilidad en un primer intento de la mujer por pedir ayuda. La ID brinda herramientas para planificar a futuro los pasos a seguir y lograr que la mujer salga de la situación de violencia en la que se encuentra.

Al enfocarnos en las Intervenciones psicológicas, Arinero (2006) menciona que pueden existir varias propuestas de tratamiento aunque en definitiva la intervención suele ser en menor o mayor medida similares. Autores explican que si bien en su mayoría las intervenciones provienen del ámbito psicológico, estas tienen aportes del Trabajo Social y componentes psicoeducativos (Mancoske et al., 1994 en Arinero, 2006).

A su vez, las intervenciones psicológicas se caracterizan por ser breves, en grupo con la coordinación de uno o a lo sumo dos terapeutas (Echeburúa y Corral, 2008 en Arinero, 2006). Las orientaciones que se llevan a cabo tienen el carácter de multicomponente, es decir, toma para la terapia elementos cognitivos-conductuales y dinámicos. El tratamiento se lleva a cabo de modo ambulatorio, y la atención se realiza en un lugar

concreto como ser por ejemplo un centro de salud al cual la mujer tiene que trasladarse (Arinero, 2006).

Arinero (2006) especifica la ventaja de este tipo de tratamiento, enfatizando en aspectos beneficiosos para la mujer como son el fomento de la autonomía y búsquedas de soluciones al contar con un espacio propio de la mujer, sin alejarla de su realidad.

Tutty et al. (1993 en Arinero, 2006) ponen la atención en la necesidad de contar con refugios para aquellas mujeres que sufren violencia, en los cuales se lleve a cabo algún tipo de intervención terapéutica. Los llamados “grupos de trabajo” son el tipo de intervención más utilizados, los objetivos de estos grupos son similares unos de otros, lo que varía es la estructura de los mismos dependiendo del formato intensivo o extensivo que se lleve a cabo. Algunos de los contenidos que se abordan son: *“terapia individual y/o en grupo, psicoeducación sobre el ciclo de violencia doméstica, entrenamiento de habilidades para fomentar la vida autónoma, guía para el establecimiento y consecución de metas individuales y familiares, atención a menores, orientación laboral, apoyo judicial”* entre otros (Arinero, 2006, p. 75).

Arinero (2006) a su vez plantea una serie de características que considera necesarias para la ejecución de tratamientos psicológicos. Estos son:

Tratamiento de los síntomas presentes y no de categorías diagnósticas. Se apoya en un programa multicomponente, el cual utilice elementos para tratar las consecuencias de la violencia, síntomas depresivos, trastorno por estrés postraumático, sin dejar de lado los síntomas concomitantes nombrados por Labrador y Alonso (2005, 2006, en Arinero, 2006) serían aquellos otros síntomas que presentan las mujeres maltratadas.

Consideración de la situación concreta en la que se encuentra la víctima. El tratamiento dirigido a la mujer varía en función de la realidad concreta de la misma.

Intervención grupal. Este tipo de intervención puede ser más eficaz para lograr los objetivos propuestos y para romper con el aislamiento en el que se encuentran las mujeres. A su vez, brindan la oportunidad de hablar sobre sus experiencias, de apoyo emocional y formar nuevos vínculos sociales aprendiendo de estrategias que han ayudado a otras mujeres que se encontraron ante situación de violencia (Lundy y

Grossman, 2001 en Arinero, 2006). Estos grupos pueden ser de autoayuda o terapéuticos (Hughes y Jones, 2000; Tutty et al., 1996 en Arinero, 2006) siendo el número recomendado de integrantes de tres a nueve mujeres (Labrador y Rincon, 2002 en Arinero, 2006).

Intervención breve. La duración que se estipula es entre dos y tres meses con el fin de lograr los objetivos en un corto plazo. A su vez la urgencia en la intervención y de que las mujeres se reincorporen a su vida cotidiana en el menor tiempo posible. Respecto a esto, Tutty et al. (1993) plantean que la duración del tratamiento sea de diez a doce semanas.

Evaluación de los cambios una vez terminado el tratamiento para poder constatar su mantenimiento con el paso del tiempo.

Comparación de la eficacia del tratamiento con otra muestra bien seleccionada que cuente con otro tipo de tratamiento o que, de lo contrario se utilice como grupo de control.

Intervenciones multidisciplinarias. Son de suma importancia ya que, se podría abordar el caso de manera global y completa desde diferentes enfoques disciplinares.

Labrador et al. (2004) explica que no se han desarrollado tratamientos enfocados en disminuir la sintomatología postraumática que afecta a las mujeres afectadas por violencia. Es por esta razón que los autores plantean ciertos componentes que deben ser abordados en los programas de tratamientos a víctimas de violencia: eliminar los síntomas de TEPT, los cuales generan malestar permanente e incapacidad resolutiva ante situaciones y bloquean los recursos personales para hacer frente a la situación. Estos programas deben lograr disminuir los síntomas de re-experimentación fundamentalmente, para esto las técnicas de exposición son eficientes así como los síntomas de aumento de activación a través de técnicas de control de activación (entrenamiento de relajación y control de la respiración). Incluir técnicas para mejorar el estado de ánimo, la autoestima, mejorar la adaptación y desarrollar habilidades para la vida cotidiana (Labrador et al. 2004). Estos autores ponen énfasis en que el programa de tratamiento debe desarrollarse en grupo. Este les permite ver qué otras mujeres también son afectadas por esta problemática a su vez que comprender que lo anómalo

se encuentra en la situación misma de maltrato y no en ellas marcando que no son culpables de las situaciones de violencia que se generan y de las cuales resultan víctimas. El grupo también hace que las mujeres que lo conforman socialicen, práctica que por el aislamiento al que estaban sometidas han perdido, por lo que estos espacios les permiten recomponer la confianza y ponerse en contacto con otras personas. El resultado final será que la adaptación social de la mujer sea mejor.

Otra característica que Labrador et al. (2004) plantean para el programa, es que sea breve ya que las mujeres necesitan readaptarse y organizarse de manera urgente a su nueva vida. Por esto último, diseñaron un programa de tratamiento en grupo, con cuatro participantes por grupo, la frecuencia de los encuentros es semanal y la duración del mismo se pautó en 90 minutos. Los componentes que se abordan en el programa son la psicoeducación, entrenamiento en relajación, terapia cognitiva y terapia de exposición.

La primera sesión se centra en la psicoeducación y entrenamiento de relajación a través de técnicas de respiración. Las sesiones que siguen se distribuyen en módulos para abordar de manera apropiada a la mujer:

- Autoestima (2 sesiones)
- Estado de ánimo (2 sesiones)
- Exposición (3 sesiones)
- Reevaluación cognitiva (2 sesiones)
- Solución de problemas (2 sesiones) (Labrador et al., 2004).

Este orden es tentativo ya que va a depender de cada caso y la situación del mismo.

Vale la pena tomar por último los aportes de la psicoterapia psicoanalítica en el abordaje de la violencia doméstica.

Según Allegue, Carril, Kohen y Tejería (2014), cuando la mujer consulta (ya sea en las instituciones destinadas a la atención de VD o en la consulta privada) es cuando reconoce que es víctima de violencia, y por lo general el desencadenante es el golpe físico. El motivo de consulta es claro y explícito y los técnicos que abordan la situación están generalmente capacitados. Pero muchas veces, otros tipos de violencia se visibilizan en un proceso psicoanalítico, sea tomando la forma de crisis o desvelando

situaciones que ya tienen un tiempo de instaladas. Las autoras hacen un importante hincapié en el abordaje interdisciplinario como imprescindible conllevando modificaciones a nivel técnico y una comprensión del problema dando lugar a la elaboración de estrategias que habiliten la salida de la mujer de la situación de violencia.

Las autoras mencionan una serie de características en las que hacen foco y consideran importantes de integrar al trabajo analítico, estos son: *“...evitar los silencios que puedan convertir al psicoanalista en cómplice, creer el relato de la paciente, reconocer el carácter traumático de la situación y que esta proviene de afuera”* (Allegue, et al., 2014, p. 82).

Finalmente Allegue, et al. consideran un aspecto no menor presente en la relación analítica, es el miedo que circula entre la paciente y el analista: miedo al agresor. Este sentimiento debe ser trabajado por el psicoanalista para efectivizar el tratamiento. A su vez, explican la importancia de los aspectos contratrasferenciales como son *“las situaciones de angustia, intolerancia, rabia, rechazo para poder interconsultar, o en algunas situaciones, derivar el caso”* (Allegue et al., 2014, p. 83).

A continuación se expondrán algunos estudios, a modo de ejemplificar lo mencionado líneas arriba, que contemplan programas de intervención psicológica en mujeres víctimas de violencia.

Modelo: Cognitivo – conductual

Labrador y Alonso (2007) llevaron a cabo una investigación en México para evaluar la eficacia de un programa de intervención breve y específico para el tratamiento del TEPT en mujeres víctimas de violencia doméstica. La muestra estuvo compuesta por 34 mujeres diagnosticadas con TEPT según criterios del DSM IV. El programa de tratamiento tiene un formato grupal de 9 integrantes cada uno, de ocho sesiones de 90 minutos de duración las cuales se componen técnicas en psicoeducación, entrenamiento en control de la activación, terapia cognitiva y terapia de exposición. El diseño fue cuasi experimental de medidas repetidas en el pretratamiento, postratamiento y seguimiento a 1 y 3 meses.

En líneas generales, los resultados del estudio reflejaron que el 100% de las participantes superaron la sintomatología de TEPT y el 85% en el postratamiento de 1 y 3 meses (Labrador y Alonso, 2007).

En 2010, Alonso y Labrador realizan un estudio en España en el que se evalúa la eficacia de un tratamiento para el TEPT en mujeres víctimas de violencia de pareja. La muestra estuvo conformada por 23 mujeres inmigrantes maltratadas con diagnóstico de TEPT según los criterios del DSM IV. El formato que se aplicó fue el grupal, de ocho sesiones en las cuales se abordaron: psicoeducación, entrenamiento en control de la activación, terapia cognitiva y de exposición. El diseño es cuasiexperimental de dos grupos independientes: un grupo de control y un grupo de tratamiento, con medidas repetidas en el pretratamiento, postratamiento y seguimientos al 1, 3, 6 y 12 meses.

Como resultado general del tratamiento se constata una mejora significativa en la superación del TEPT en 70% de los casos, y una mejoría a su vez en la sintomatología asociada: depresión, autoestima, inadaptación social y cogniciones postraumáticas (Alonso y Labrador, 2010).

Cáceres-Ortiz et al. (2012) llevaron a cabo un estudio en el departamento de Santander, Colombia, en el cual se evaluó la efectividad de un tratamiento psicológico en mujeres víctimas de violencia de pareja. La muestra estuvo conformado por 73 mujeres con diagnóstico de TEPT según los criterios diagnósticos del DSM IV. El diseño fue pre-experimental. El estudio se dividió en tres fases: evaluación, la que consistió en explorar las características del trauma y sus consecuencias; tratamiento, el cual fue breve de ocho sesiones, grupal cuyos componentes fueron la psicoeducación, activación, terapia cognitiva y exposición; seguimiento a 1, 3 y 6 meses.

Los resultados de dicho estudio arrojaron que la mayoría de las mujeres de la muestra mejoró la sintomatología una vez finalizado el tratamiento en los síntomas asociados a la reexperimentación, ansiedad, depresión, autoestima, inadaptación, hiperactivación y las cogniciones postraumáticas. Estos resultados se mantienen durante los seguimientos pautados.

A las investigaciones mencionadas, se suman otros estudios que han evaluado programas de intervención también de corte cognitivo-conductual en mujeres víctimas

de violencia: Echeburúa, Corral, Sarasua, Zubizarreta (1996), Labrador y Alonso (2005), Labrador, Fernández y Rincon (2006) entre otros.

Modelo: Psicoterapia Psicoanalítica Focal y Breve

En el estudio realizado en 2010 por Davins, Pérez, Salamero y Aramburu se evalúa la eficacia de la Psicoterapia Psicoanalítica Focal y Breve (PPFB) en 46 mujeres víctimas de violencia perpetrada por su pareja en la ciudad de Barcelona, España. Estas mujeres acudían a la Unidad de Atención Especializada para Mujeres Maltratadas para recibir ayuda psicológica en régimen ambulatorio y habían finalizado el tratamiento. Este estudio utilizó entrevistas exploratorias, cuestionarios y el tratamiento psicológico propiamente dicho. Se tuvo en cuenta los resultados previos a la elección del tratamiento de elección del Millon Clinical Multiaxial Inventory- II (MCMI- II9), el cual es un cuestionario de personalidad autoinformado, tiene 175 ítems de formato verdadero falso, está compuesto por 3 escalas de corrección y 22 escalas clínicas⁴. En la UNADOM las mujeres que asisten tienen sesiones de 30 minutos de duración y la duración del tratamiento psicológico varía de tres meses a un año. Una vez finalizado el tratamiento, se vuelven a administrar los cuestionarios iniciales para poder relevar diferencias significativas tanto desde el punto de vista estadístico como clínico, a nivel sintomático como de los posibles cambios efectuados en la vida personal de la mujer, durante el período del tratamiento (Davis, et al., 2010).

Los principales resultados indican que al inicio de la terapia las tres escalas básicas de personalidad que obtuvieron la media más elevada fueron: dependencia, autodestrucción y evitación. Cuando finaliza la terapia individual, las escalas

⁴ Escalas de corrección: Deseabilidad, Alteración y Sinceridad. Escalas clínicas: hay 10 escalas básicas de personalidad: esquizoide, fóbica, dependiente, histriónica, narcisista, antisocial, agresivo-sádica, compulsiva, pasivo-agresiva y autodestructiva; 3 escalas de personalidad patológica: esquizotípica, límite, y paranoide; 6 escalas de síndromes clínicos de gravedad moderada: ansiedad, histeriforme, hipomanía, neurosis depresiva, abuso de alcohol y abuso de drogas; y 3 escalas de síndromes clínicos de gravedad extrema: pensamiento psicótico, depresión mayor y delirios psicóticos. Tanto las escalas de personalidad como los síndromes clínicos se ajustan a los criterios diagnósticos de DSM III de 1997 (Davis, et al., 2010).

mencionadas presentaron puntuaciones medias inferiores y estadísticamente significativas (Davis, et al., 2010).

Los autores destacan una limitación del estudio, ya que este tipo de abordaje (PPFB) no puede producir cambios profundos en la estructura de la personalidad de la mujer, aunque es útil para que ésta comprenda ciertas pautas del funcionamiento mental y de su comportamiento, así como que esta terapia la ayude a volver como mínimo a su estado habitual. Es necesario lograr que la persona se dé cuenta y pueda interrogarse respecto al maltrato como una forma particular de lazo en la pareja que ambos terminan por construir (Davis, et al., 2010).

VII. REFLEXIONES FINALES

La violencia contra la mujer, como hemos visto en el recorrido de este trabajo, es un problema complejo y de amplia relevancia social. Sus raíces se encuentran arraigadas en nuestra cotidianeidad produciéndose y reproduciéndose constantemente a través de modos subjetivos y de prácticas institucionales que se transmiten de generación en generación.

La desigualdad entre los géneros se encuentra inscrita en un sistema de legitimación el cual no necesita ningún tipo de justificación, ubica al hombre en una posición superior a la mujer avalado por el orden social, tal y como lo menciona Bourdieu (2000):

La fuerza del orden masculino se descubre en el hecho de que prescinde de cualquier tipo de justificación: la visión androcéntrica se impone como neutra y no siente la necesidad de enunciarse en unos discursos capaces de legitimarla. El orden social funciona como una inmensa máquina simbólica que tiende a ratificar la dominación masculina en la que se apoya: división sexual del trabajo, distribución muy estricta de las actividades asignadas cada uno de los sexos (...)
(p.22).

Con esto último se evidencia un proceso de naturalización el cual embandera la posición de que “lo natural no se cuestiona”. Los roles son asignados dependiendo del sexo y deben ajustarse a lo *normalmente* esperado ya que son divisiones sociales

construidas entre los sexos *“como naturales (...) y contiene por ello una total afirmación de legitimidad”* (Bourdieu, 2000, p. 21).

Moncarz (en Burin 2002) plantea una cuestión que resuena familiar: el trabajo doméstico de las mujeres como algo natural e inherente a la condición femenina. Se les encomienda la organización familiar en la cual la mujer debe hacerse cargo de la producción de bienes y servicios domésticos y considerando estas tareas como una muestra de amor incondicional de la mujer hacia su familia. Este aspecto ha sido punta de debate en los últimos años, es lo que Grassi (1983 en Burin 2002) denominó la *ideología de la domesticidad* la cual es la que naturaliza estas cuestiones referidas al lugar de la mujer en el ámbito doméstico, y explica que da lugar a *“la conformación de un tipo ideal de familia supuestamente universal, basada únicamente en el afecto y dentro de la cual la mujer tendría un rol preponderante como organizadora y dadora de amor”* (p. 269).

Aspectos cotidianos de tinte doméstico tales como la limpieza del hogar, cuidado de enfermos o reuniones escolares están dispuestos para ser realizados por mujeres, todas estas prácticas sociales, tal y como lo plantea Moncarz (en Burin, 2002) son consideradas normales, son hechos que se encuentran avalados por un orden natural y pre establecido.

En el momento en que la cultura naturaliza determinadas cuestiones, inmediatamente se torna incuestionable y por ende inmodificable, es así, siempre ha sido así y va a seguir siéndolo. Ahora, si se visibiliza este orden natural entrelazado con el biologismo se dará luz a las verdaderas bases en que se asienta este orden determinado: la ideología patriarcal, lo que sería parafraseando a Moncarz (en Burin, 2002): *“conjunto de representaciones, imágenes, ideas y conceptos que explican y justifican la situación subordinada de la mujer”* (p. 267).

Con esto nos estamos refiriendo a que a la mujer se le asigna un lugar, el cual es “su lugar”, incuestionable y natural. Es necesario hacer la aclaración de que, si este lugar es un lugar construido socialmente y asentado en la cultura, de natural poco tiene. Más bien estaríamos hablando de una distribución del poder que contribuye a mantener el imaginario social que termina legitimando este orden natural (Moncarz en Burin, 2002).

La persistencia a la naturalización y atemporalidad de los mitos sociales que logran su eficacia simbólica por medio de una recurrente repetición e insistencia de sus argumentos, se multiplican innumerables veces en la sociedad, y es a través de “...*enunciaciones totalizadoras y totalizantes, deslizamientos de sentido, producción de invisibles (...) y eliminación de contradicciones, gestionan su violencia simbólica*” (Fernández, 1993, p. 22).

Las relaciones de poder que determinan las relaciones entre los géneros son las causantes de las desigualdades existentes entre los mismos, desigualdades que configuran aspectos violentos y denotan una consecuente subordinación de la mujer ante el sistema patriarcal.

Como menciona Fernández (1993), la dinámica del poder es quien fundamenta la discriminación entre los géneros y el poder como tal se sostiene en los discursos los cuales instituyen dicho poder. Así, tanto los discursos como los mitos sociales son los que ordenan, dan legitimidad y disciplinan, marcan los lugares de los actores, de las desigualdades en los espacios tanto sociales como subjetivos en que la violencia se instituye.

Haciendo foco en la violencia de género, Fernández (1993) explica que la violencia para poder sostener este poder del que venimos hablando, se produce por medio de variadas, permanentes y confusas estrategias, por esto es que se puede afirmar que “*la violencia es necesaria y no contingente en las relaciones entre los géneros*” (p. 23).

Retomando lo planteado líneas arriba, aquellos aspectos de la subordinación de la mujer están naturalizados, no son invisibles sino que se encuentran invisibilizados. Hablar de “invisibilidad” para la autora, implica abordar la violencia conyugal y problematizar en torno a los procesos de naturalización por los cuales se produce dicha invisibilidad (Fernández, 1989).

Fernández, anteriormente en 1989 planteó la llamada *violencia invisible* la cual remite a la violencia simbólica y deja de lado la violencia visible o física la cual no toma en ese momento como objeto de estudio.

Lo interesante de tomar la violencia invisible en este apartado es a lo que la autora (Fernández, 1989) refiere en cuanto a las formas que toma en el contrato matrimonial. Existe, según la autora, una relación entre violencia y conyugalidad, no siendo esta del tipo explícito del golpe físico, sino la violencia simbólica la cual inscribe a la mujer en el contrato matrimonial donde se violentan la economía, el sentido de su trabajo productivo, la posibilidad de nominarse y se las exilia de su cuerpo erótico, y las obliga a ocupar un lugar en un paradigma de goce mítico (Fernández, 1989).

A pesar de lo expuesto hasta el momento, nos encontramos en un momento histórico en el cual ciertas cuestiones referidas a las desigualdades de género están siendo cuestionadas, problematizadas, visibilizadas y desnaturalizadas, si bien la subordinación de la mujer sigue siendo una realidad *invisible* se están haciendo los esfuerzos para corrernos de los estereotipos marcados por el patriarcado.

El golpe físico como sinónimo de violencia ha sido y es considerado aún hoy en día como única evidencia de que la mujer se encuentra inmersa en una situación de maltrato, y es a su vez el límite que muchas veces “aguantan” para denunciar el hecho. Tras ese golpe, hay oculto una serie de tramas que mantienen a la mujer en la relación con su perpetrador, como hemos visto hasta ahora en este apartado, relaciones de poder y dominio que no permiten liberarse de esa situación violenta.

Estas mujeres una vez que deciden buscar ayuda se encuentran aún bajo la influencia de su pareja, la culpa persiste así como el miedo a lo incierto en sus vidas. Recuperar el control de sí mismas y comprender que la situación de violencia (sea esta de cualquier tipo) a la que han sido sometidas no es normal y no es su culpa, es un objetivo de la intervención psicológica en estos casos.

En este aspecto la intervención psicológica juega un rol fundamental en la recuperación de la mujer que finalmente se ha permitido o ha podido –subjetivamente hablando- pedir ayuda. Los dispositivos de atención mencionados en el apartado anterior son un orientador a la hora de diseñar los modelos atención que se ajusten a cada mujer.

Para tener un acercamiento a los dispositivos de atención psicológica utilizados en organizaciones e instituciones que reciben mujeres en situación de violencia en nuestro país, se realizó una búsqueda de publicaciones nacionales. El resultado de la búsqueda

permite señalar que no hay información disponible sobre este asunto. La información que se pudo obtener corresponde, en general, a guías de recursos e información básica dirigida a mujeres como por ejemplo la guía de recursos elaborada por el Inmujeres en 2009. Figuran todos los recursos disponibles a los cuales las mujeres pueden acceder y cuenta con información práctica; informa que tipo de servicios brinda, en el caso de la atención psicológica, refiere a si el servicio lo ofrece o no, pero ningún dato más respecto a esto último.

A su vez hay que señalar una inminente dificultad a la hora de registrar y sistematizar los casos de violencia por los servicios de atención, información vital a la hora de diseñar estrategias de prevención.

La ausencia de estudios documentales en nuestro país respecto al tema es otro punto a tener en cuenta.

Es ante esto que cabe preguntarse:

¿Cuáles son los dispositivos de atención psicológica utilizados en los servicios de atención a mujeres víctimas de violencia en el Uruguay?

Con esta interrogante, se pretende poner en manifiesto la necesidad de futuras investigaciones que permitan conocer qué modelos de atención psicológica son utilizados en el abordaje de situaciones de violencia contra la mujer en nuestro país y realizar una adecuada valoración de los efectos de los mismos en las mujeres.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguirre, D., et al. (2010). Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 48(2), 114-122.

Aliaga P., Ahumada G. y Marfull J. (2003). Violencia hacia la mujer: un problema de todos. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 68(1), 75-78.

Allegue, R., Carril, E., Kohen, V. y Tejería, S. (2014). Violencia doméstica y psicoanálisis. *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica*, 8 (3), 75-85. Montevideo: Fin de Siglo.

Almerás, D., et al. (2002). Violencia contra la mujer en relación de pareja: América Latina y el Caribe. Una propuesta para medir su magnitud y magnitud. Unidad mujer y desarrollo, CEPAL.

Alonso, E. (2007). *Mujeres víctimas de violencia doméstica con Síndrome de estrés postraumático: valoración empírica de un programa de tratamiento*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

Alonso, E. y Labrador, F. (2010). Eficacia de un Programa de Intervención para el Trastorno de Estrés Postraumático en Mujeres Inmigrantes Víctimas de Violencia de Pareja: Un Estudio Piloto. *Revista Interamericana de Psicología*, 44 (3), pp. 547-559.

American Psychiatric Association. (1995). DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Washington D.C.

American Psychiatric Association. (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V. Arlington, VA.

Arinero, M. (2006). *Análisis de la eficacia de un programa de intervención psicológico para víctimas de violencia doméstica*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

Belli, L. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética/UNESCO*, 1 (7), 25-34.

Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.

Burin, M. y col. (2002). Estudios sobre la subjetividad femenina: *Mujeres y salud Mental*. Buenos Aires: Librería de Mujeres.

Cáceres-Ortiz, E., Labrador, F., Ardila, P. y Parada, D. (2011). Tratamiento cognitivo conductual centrado en el trauma de mujeres víctima de violencia de pareja. *Psychol. Av. Discip*, 5 (2), 13-31.

Calvo, G. y Camacho, R. (2014). Enfermería y violencia de género. La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. *Revista electrónica trimestral de enfermería*, 33, 424-439.

Cantera, L. y Blanch, J. (2010). Percepción Social de la Violencia en la Pareja desde los Estereotipos de Género. *Intervención Psicosocial*, 19(2), 121-127.

Castro, R. (2012). Problemas conceptuales en el estudio de la violencia de género. Controversias y debates a tener en cuenta. En: Baca Tavera, N., y Vélez Bautista, G. (Coords.). *Violencia, género y la persistencia de la desigualdad en el Estado de México*. Mnemosyne: Buenos Aires.

Davins, M., Pérez, C., Salamero, M. y Aramburu, I. (2010). Eficacia de la psicoterapia individual en mujeres maltratadas por su pareja: valoración de una experiencia. *Revista de Psicología*, 27, pp. 279-300.

Echeburúa, E. et al. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de maltrato doméstico: un estudio piloto. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22 (85), 627- 654.

Encuesta de prevalencia de Violencia Doméstica en servicios de salud: Principales resultados. (2013). Unidad de Sociología de la Salud. Dpto. de Medicina Preventiva y Social. Facultad de Medicina, Universidad de la República.

Fernández, A. (1989). Violencia y conyugalidad: una relación necesaria. En: Giberti, E., Fernández, A. (coords.). *La mujer y la violencia invisible*. Buenos Aires: Sudamericana.

Fernández, A. (comp.). Las mujeres en la imaginación colectiva: *Una historia de discriminación y resistencias*. Buenos Aires: Paidós.

Fernández, M., et al. (2011). *Estadísticas de género 2011: Persistencia de desigualdades, un desafío impostergable para la Reforma Social*. Sistema de Información de Género, Inmujeres-MIDES.

García-Moreno C., et al. (2005). Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

Inmujeres. (2009). *Hay respuestas: Guía de recursos en violencia doméstica*.

Labrador, E. y Alonso, E. (2007). Eficacia a corto plazo de un programa de intervención para el trastorno por estrés postraumático en mujeres mexicanas víctimas de violencia doméstica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12 (2), pp. 117-130.

Labrador, E., Fernández, R. y Rincon, P. (2006). Eficacia de un programa de intervención individual y breve para el trastorno por estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (3), pp. 527-547.

Labrador, F., Rincon, P., De Luis, P. y Fernández, R. (2004). Protocolo de tratamiento a mujeres víctimas de violencia doméstica: programa de actuación. En: *"Mujeres víctimas de violencia doméstica"*. Madrid: Pirámide.

Ley 17.514. *Violencia Doméstica*. Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=17514&Anchor=>

López, L., Apolinar, J. (2005). Violencia contra la mujer: su dimensión psicológica. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*. Medisur, 3(2).

Maffía, D. (2010). *Violencia y lenguaje: De la palabra del amo a la toma de la palabra*. Encuentro Internacional sobre Violencia de Género. Argentina.

Magnone, N. (2011). *Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica*. Departamento de Trabajo Social-FCS UDELAR.

Matud, M. P. (2004). Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada. *Psicothema*, 16, 397-401.

MIDES. (2003). *Plan Nacional de de Lucha contra la Violencia Doméstica 2004-2010*.

MIDES. (2009). *Primer Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos. 2007 – 2011*.

MSP (2006). *Abordaje de Situaciones de Violencia Doméstica hacia la Mujer: Guías en el Procedimiento del Primer Nivel de Salud*.

Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad Uruguay. (23 de 08 de 2014). Disponible en: <https://www.minterior.gub.uy/observatorio/>

OMS. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf

OMS. (2013). *Mutilación genital femenina*. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/es/>

OMS. (2013). *Violencia contra la mujer: Violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer*. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>

ONU. (20 de 12 de 1993). *Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer*. Disponible en: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N94/095/08/PDF/N9409508.pdf?OpenElement>

ONU. (2007). *Manual la para lucha contra la trata de personas*. Oficina contra la droga y el delito. Programa mundial contra la trata de personas. Nueva York. Disponible en: http://www.unodc.org/pdf/Trafficking_toolkit_Spanish.pdf

OPS. (2010). Componentes clave de leyes y políticas públicas sobre violencia doméstica. En: *Violencia contra las mujeres*. Disponible en: www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=15259&itemid=&lang=es

OPS. (2013) *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres*. Panorama general. Washington DC. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98788/1/WHO_RHR_12.35_spa.pdf?ua=1

OPS. (2013). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia infligida por la pareja*. Washington DEC. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98816/1/WHO_RHR_12.36_spa.pdf?ua=1

Osborne, R. (2008). De la “violencia” (de género) a las “cifras de la violencia”: una cuestión política. *Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, 15, 99–124.

Paz Rincon, P., Labrador, F., Arinero, M. y Crespo, M. (2004). Efectos psicológicos del maltrato doméstico. *Avances en psicopatología latinoamericana*, 22, 105-116.

Rama Lira, L. (2007). Impacto de la violencia contra las mujeres y estrategias de afrontamiento. *Salud Pública de México*, 49, 334-336. Instituto Nacional de Salud Pública, México.

Ramsay, J. (2009). Intervenciones en defensa para reducir o erradicar la violencia y promover el bienestar físico y psicosocial de mujeres víctimas de abuso por parte de su pareja. (Revisión Cochrane traducida). *Biblioteca Cochrane Plus*, 3.

Romero, I. (2010). Intervención en violencia de género: Consideraciones en torno a su tratamiento. *Intervención Psicosocial*, 19 (2), 191-199.

Segato, R. (2006). *Qué es un femicidio: Notas para un debate emergente*. Serie antropológica. Brasilia.

SIG (2011). *Estadísticas de Género 2011: Persistencia de desigualdades, un desafío impostergable para la Reforma Social*. Disponible en: http://www.inmujeres.gub.uy/innovaportal/v/15091/6/innova.front/sistema_de_informacion_de_genero

Tortosa, G. (1998). ¿La violencia está en auge? *Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá*, 17, 97-192.

Vyeira, C., Gurrola, G., Balcazar, P., Bonilla, M., Virseda, J. (2009). Estado de Salud Mental en Mujeres Víctimas de Violencia Conyugal que acuden a la Procuraduría General de Justicia del Estado de México. *Psicología Iberoamericana*, 17 (1), 57-64.