

Reflexiones para la comprensión de la salud mental de la mujer maltratada por su pareja íntima

Luciana Ramos Lira *

* Este artículo fue elaborado con base en el trabajo presentado en el Primer Seminario de Intervención en Casos de Violencia Doméstica, realizado en El Colegio de México en 1998.

Los problemas de salud mental que pueden padecer las mujeres que han experimentado violencia por parte de su esposo o pareja íntima masculina, así como la intervención con ellas son temas que están cargados de debates. ¿Cuál es la dinámica de esta violencia? O más específicamente, ¿hay varios tipos de dinámica? ¿Cuáles son los componentes y consecuencias psicológicas del maltrato? ¿Son iguales en todas las mujeres? ¿Cuáles son las mejores formas de intervención en estos casos?

Cuando empecé a preparar el trabajo original presentado en el seminario organizado por El Colegio de México, reparé en la responsabilidad que implicaba hablar al respecto y en la importancia de este primer foro realizado con el interés de poner sobre la mesa las propuestas actuales de intervención en el tema de la violencia doméstica. Sabía que el foro, por tanto, iba a aglutinar a activistas, a mujeres y hombres que han dado atención emocional desde hace mucho tiempo a víctimas y agresores y, por supuesto, a terapeutas.

Yo no soy terapeuta ni he trabajado directamente en el apoyo emocional o psicológico a mujeres, sino que soy una investigadora –psicóloga social– interesada en los efectos de la violencia de género en la salud mental de las mujeres. Por esto, el objetivo principal de este trabajo es presentar solamente algunos puntos y propuestas extraídos de la literatura relacionada con la dinámica del maltrato de mujeres por la pareja varón, la salud mental y la intervención. Espero que éstos puedan ser de utilidad para quienes están realizando o quisieran llevar a cabo intervenciones emocionales o psicológicas con estas mujeres, en particular desde una perspectiva de género. En consecuencia, éste no es un trabajo original ni mucho menos, sino que solamente pretende sistematizar algunos planteamientos clave realizados por las y los directamente involucrados en este tema.

Por supuesto, dicha revisión está estructurada desde mi particular posición e intereses académicos y personales y es, por tanto, parcial. Al elaborar este escrito, por cuestiones académicas, me encontraba viviendo en Arizona, por lo que revisé la literatura y experiencias de investigadores/as y clínicos/as estadounidenses interesados en la violencia contra la mujer –feministas y no feministas–. Es de esta literatura de la que me alimenté principalmente para escribir este texto. Estoy consciente del riesgo de abordar esta problemática desde la visión de mujeres y hombres que, aunque pueden estar comprometidos con el feminismo y/o el problema de la violencia de género, se insertan en un contexto político, social y cultural muy diferente al nuestro.

Sin embargo, dada la trayectoria específica de este país en el tema de la violencia contra la mujer, consideré que su experiencia podría ser interesante de retomar para, por supuesto, seguir haciendo nuestra propia historia. Podemos aprender de los éxitos y fracasos de otras y otros, de sus errores y aciertos, para llegar a elaborar nuestras propias propuestas, desarrollos teóricos y modelos de intervención.

En primer lugar, me interesa revisar brevemente tres puntos que, en mi opinión, han dificultado el abordar el problema de la violencia contra la mujer por parte de la pareja íntima, sobre todo en cuanto a los aspectos psicológicos y de intervención involucrados: los debates sobre la inclusión o no del género en la discusión de esta violencia; la dificultad de que el género y la violencia de género sean aceptados como categorías legítimas para la teoría y práctica de las disciplinas de la salud mental; y las dificultades que el fenómeno mismo de la violencia en la pareja conlleva para abordar su dinámica y los problemas de salud mental relacionados.

El maltrato de la mujer en la pareja: La mirada desde el marco de la violencia doméstica o desde el de la violencia contra la mujer

Un punto en común en muchos países es que el movimiento de las mujeres fue el que empezó a nombrar el problema de la violencia contra la mujer. Antes de éste, la visión, la comprensión y, en suma, la forma de nombrar en general al mundo, en particular la experien-

cia de las mujeres, era propia de una perspectiva eminentemente masculina que se consideraba a sí misma como "natural".

El ponerle nombre a la violencia fue extremadamente importante, pues al hacerlo, el feminismo hizo visibles las experiencias que las mujeres habíamos silenciado no sólo por temor, sino porque simplemente no teníamos palabras para reconocerlas y, mucho menos, para denunciarlas.

Asimismo, el develar que este silencio en torno a la violencia contra la mujer no era inocente ni gratuito, sino producto de mecanismos que sostenían, producían y legitimaban instituciones y formas patriarcales de relación con el mundo (Maquieira y Sánchez, 1990), se configuró como un desafío a la imposición de una perspectiva masculina del mundo.

De esta forma, las feministas empezaron a trabajar directamente en las trincheras y a abrir centros de apoyo para las mujeres violadas y maltratadas, así como para sus hijos. Algunas, como investigadoras, empezaron a preocuparse por determinar las características y consecuencias de esta violencia. Otras se interesaron en construir un conocimiento nuevo y crítico sobre la mujer y la violencia. A la fecha, muchas siguen luchando para transformar en los ámbitos académicos la forma de mirar los problemas de las mujeres.

A pesar de la amplitud y complejidad de los elementos que involucra el problema de la violencia contra la mujer, la *perspectiva feminista* tiene como propuesta básica el que esta violencia no puede ser entendida si no se toman en cuenta dos conceptos claves: el género y el poder. Esto requiere, entre otras cosas, tener muy claro

que esta violencia no es un problema individual, sino político y social. Por tanto, el feminismo no ha pretendido negar *per se* las aportaciones de las teorías psicológicas o sociológicas, sino que las ha considerado incompletas en la medida en que no reflexionen sobre estas categorías. (Yllö, 1993). Metodológicamente, los análisis feministas se han basado principalmente en datos recolectados de mujeres maltratadas que acuden a hospitales, centros de apoyo, albergues, etc. Por tanto, la literatura generada por esta perspectiva está muy relacionada con la comprensión de los factores asociados específicamente con la violencia que sufre la mujer por parte de su pareja masculina (Dobash y Dobash, 1979; Russell, 1982).

El feminismo ha cuestionado el uso de términos neutrales al género como el de "violencia familiar" para ubicar y abordar el maltrato a las mujeres por parte de su pareja. El enfoque de *la perspectiva de la violencia familiar* (Straus, 1971; Gelles, 1993) tiende a ver este maltrato como un problema similar en ambos géneros, por lo que ha influido fuertemente en los métodos utilizados para la investigación del problema. En esta tradición se ha utilizado principalmente el análisis cuantitativo de las respuestas dadas a escalas aplicadas a grandes poblaciones, siendo las Escalas de Tácticas de Conflicto (*Conflict Tactics Scales*) (Straus, 1979 y 1990; Straus, Hamby, Boney-McCoy y Sugarman, 1996) una de las más populares.

Se ha argumentado que este término, violencia familiar, al considerar al abuso como una manifestación más de las diversas formas de relación que ocurren dentro de la familia, oscurece las dimensiones de género y poder, fundamentales para comprender el abuso de

las mujeres (McHugh y cols., 1993). Asimismo, ignora el contexto de la violencia, su naturaleza y consecuencias, las obligaciones del rol de cada miembro de la familia, las secuencias e interacciones que llevan al abuso y su significado. Los términos neutrales al género enmascaran esta dimensión y ocasionan sesgos en cómo se conceptualizan y tratan las causas y soluciones del abuso que experimentan las mujeres por parte de su pareja.

Por ejemplo, como se mencionó, en la investigación empírica se han producido datos que sustentan la idea de que los hombres son maltratados por su pareja femenina en la misma frecuencia y forma que las mujeres por sus parejas masculinas (Straus y Gelles, 1990); incluso llegó a plantearse un *síndrome del esposo maltratado* (Steinmetz, 1978). Al respecto, Dobash, Dobash, Wilson y Daly escribieron en 1992 un artículo sobre lo que denominaron el "mito de la simetría sexual de la violencia marital", en el cual —entre otros puntos— hicieron una crítica al exceso de interés de esta perspectiva en responder preguntas empíricas, en detrimento de la discusión teórica: "Aquellos que claman que los esposos y las esposas son igualmente violentos no han ofrecido algún marco conceptual para comprender por qué las mujeres y los hombres tendrían que pensar o actuar de esa forma" (p. 83).

Por otro lado, a nivel de la intervención terapéutica, este término neutral ha generado que, por ejemplo, se le atribuya la misma responsabilidad a la mujer y al varón en la dinámica de violencia en la pareja o, peor aún, que se le atribuya mayor "culpabilidad" a la primera que al segundo (Brown, 1994; McHugh, Frieze y Browne,

1993). Esto por supuesto no niega la posibilidad del ejercicio de violencia femenina, la cual, dentro de los paradigmas victimizadores, también ha servido para reproducir la idea de la pasividad e inhabilidad femeninas (Mahoney, 1994; McHugh, Frieze y Browne, 1993). Asimismo, esto tampoco implica hacer generalizaciones tales como que los datos cuantitativos *nunca* pueden ser utilizados en la investigación con perspectiva feminista o que todos los estudios cualitativos realizados en el tema son necesariamente feministas; o –en cuanto a la clínica– que todas las intervenciones terapéuticas con un enfoque familiar son inadecuadas.

Ante la situación de desacuerdo entre las perspectivas mencionadas, Johnson (1995) se atreve a hacer una propuesta interesante que posiblemente tendremos que considerar para la investigación e intervención. El autor plantea la posibilidad de que los datos obtenidos de encuestas en comunidad estén mostrando un fenómeno diferente a los obtenidos en centros y albergues de mujeres. Es decir, los primeros quizá reflejan episodios ocasionales de violencia que ocurren en algunas familias ya sea por parte de esposos o esposas, y que pueden denominarse *violencia común en la pareja*; los segundos, por su parte, puede ser que muestren a aquellas familias que están atemorizadas por la violencia masculina sistemática, a la que puede denominarse *terrorismo patriarcal*. De esta forma, más que entrar a discutir cuál es la forma de violencia legítima que debe investigarse, se abre la opción de empezar a preguntarnos si estas formas de violencia ocurren efectivamente, en particular en nuestro país. A la larga, las respuestas permitirán plantear políticas públicas adecua-

das, programas educativos, estrategias de intervención y, por supuesto, desarrollar teorías específicas a nuestro contexto.

El maltrato de la mujer en la pareja: La salud mental y el feminismo

A la fecha, es necesario reconocer que las disciplinas relacionadas con la salud y la enfermedad mental, básicamente la psicología y la psiquiatría tradicionales, siguen sin conceder un papel relevante a los problemas relacionados con la condición de género, como lo es la violencia contra la mujer. De hecho, en el ámbito psicoterapéutico, la violencia dentro de la relación de pareja con frecuencia no es reconocida como un problema (Barnett, Miller-Perrin y Perrin, 1997). Es de notar, además, que estas disciplinas no se han visto influidas en gran medida por el feminismo.

En México específicamente, nos encontramos que la enseñanza de disciplinas como la psicología carece en su currículo de los mínimos conocimientos tanto sobre la psicología del género como sobre la violencia que ocurre dentro del ámbito de la familia. La inclusión del género como una categoría básica de análisis es aún considerada como una moda o una "necesidad feminista", más que una necesidad que día a día se ha hecho más clara, como se hace evidente en el terreno de los problemas particulares relacionados con la salud física y mental que presentan las mujeres (Burin, 1987; Casco y Netera, 1990; Dannerstein, Artsbury y Morse, 1993; Romero, Gómez y Medina-Mora, 1996; Russo y Green, 1993; Híjar, Tapia, Lozano y Chávez,

1992; WHO, 2000) y los hombres (ver, por ejemplo, el trabajo que ha realizado al respecto Bonino, 1998).

Sin embargo, es claro que la salud mental de las mujeres tradicionalmente ha sido observada desde los valores y supuestos sostenidos por la sociedad y la cultura. Esto ha producido sesgos de género en las teorías psicológicas y los métodos de investigación, concepciones estereotipadas sobre la normalidad y la enfermedad mental, una falta de comprensión de las realidades de las mujeres, una devaluación de las actividades de las mujeres y una negación de las contribuciones de las mujeres a este campo (Russo y Green, 1993).

Muchas de nosotras, psicólogas, nos hemos resistido a abrirnos a las aportaciones del feminismo. Y es claro que aunque también ha existido cierto rechazo de las activistas para acercarse a estos campos disciplinarios, el feminismo se ha interesado mucho más que nosotras en conocer las aportaciones profesionales y académicas derivadas del campo de la salud mental.

De aquí se hace clara la necesidad de perspectivas feministas para reducir las distorsiones y brechas producidas por tales sesgos en la investigación, el entrenamiento y las prácticas asociadas con la salud mental. Las feministas, de hecho, han desarrollado nuevas teorías, métodos y técnicas y han ofrecido perspectivas innovadoras sobre las experiencias y circunstancias de las mujeres. La salud mental de las mujeres se ha visualizado en su contexto social y político. Por ejemplo, la(s) teoría(s) feminista(s) han estimulado el desarrollo de terapias feministas que reflejan la integración de principios feministas en teorías terapéuticas (Russo y Green, 1993).

Psicólogas sociales, como Michelle Fine (1992), han propuesto que una psicología feminista tendría que incluir la comprensión de que las asimetrías de poder estructuran las relaciones entre los géneros y que el género siempre se entrelaza con otras categorías como la clase social, la edad, el grupo étnico, la orientación sexual, etc., así como con el contexto social más amplio para producir subjetividades social e históricamente construidas. Sin embargo, la transformación de la psicología por el feminismo ha sido muy modesta. "La psicología, como otras instituciones sociales presivas, ha sido relativamente inmune al poder transformador del feminismo.." (Fine, 1992: 3).

Por tanto, en la actualidad existe un campo sumamente vasto en el cual se requiere actuar con el fin de articular nuevos roles de las psicólogas y los psicólogos en la promoción de un conocimiento y una práctica en la que el género sea efectivamente integrado en la disciplina en toda su dimensión política. Esto puede ayudar a que, tarde o temprano, el feminismo y la psicología no sean vistos como una contradicción y que quienes se interesen en ambos no tengan que renegar de la psicología o mantenerse en la marginalidad.

Dificultades en el trabajo con mujeres maltratadas por la pareja íntima

Los datos de varias investigaciones suelen mostrar lo que pudieran ser manifestaciones diferentes de la violencia que ocurre en el ámbito doméstico. Algunas puede que sean esporádicas y más o menos

simétricas, pero otras son frecuentes, severas y marcadas por la desigualdad. En particular, las mujeres involucradas en esta última forma de violencia no suelen reconocerla con facilidad, debido a que, por la misma tolerancia sociocultural, la "normalizan" por medio de diversos mecanismos de distorsión cognoscitiva (Ferraro y Johnson, 1983). Por otro lado, se ha encontrado que, realísticamente, muchas de estas mujeres no cuentan con recursos para pedir ayuda o escapar de una relación violenta, o no son apoyadas por el sistema de justicia o de salud cuando deciden hacerlo (Stark y Flitcraft, 1996).

Johann (1994) menciona que las razones más comunes por las que las mujeres maltratadas no dejan a sus abusadores son principalmente el no tener un lugar seguro a donde acudir, razones económicas, miedo, no hacer planes a largo plazo por estar ocupadas sobreviviendo día a día, experiencias previas de haber intentado o de hecho haberse separado y haber sufrido más violencia, el ser más fácil permanecer en una situación familiar que vivir con el mismo miedo al abuso cuando se han separado del abusador, el que la violencia no pare cuando termina la relación, la esperanza de que el maltratador cambie y el creer que no pueden sobrevivir por sí mismas.

Si bien estas razones han sido sustentadas por investigaciones y estudios clínicos y son de muchísimo peso, Johann propone otra razón que considera sumamente importante para explicar por qué las mujeres se quedan en las relaciones violentas y evitan cooperar con quienes tratan de ayudarlas a parar el abuso. Esta razón sería una de las que, de hecho, muestra la importancia de la intervención emocional y/o terapéutica en estos casos: el amar al hombre "a pe-

sar de todo". La autora comenta que éste puede ser casi un amor obsesivo en el que el miedo a perder al hombre es más atemorizante que el miedo al abuso al cual la mujer se ha condicionado. Este amor puede prevalecer hasta que el abuso sea tan severo o amenazante a la vida que la mujer se dé cuenta de que tiene que pararlo de alguna forma.

Por eso, Joham considera que el amor de la mujer hacia el abusador debe acabar antes de llevar a cabo pasos efectivos para sacarlo de su vida. Éste es un punto de gran debate que requerirá analizarse en nuestro contexto también. ¿Qué pasa con el amor? ¿Existe efectivamente este amor junto con la violencia? ¿En qué medida éste impide a la mujer terminar la relación de abuso? Considero que la responsabilidad en el ejercicio de esta violencia está en el hombre y en los problemas relacionados con la estructuración de su masculinidad; en el caso de las mujeres, vale la pena preguntarse acerca del tipo de vínculo que establecen con el maltratador, que dificulta visualizar —y, en consecuencia, buscar que se detenga— la violencia. Para abordar este tema, presentaré tres modelos que pretenden explicar lo que ocurre en las mujeres en términos de la dinámica del abuso y sus concomitantes psicológicas.

Algunos modelos sobre el maltrato a la mujer en la pareja. El ciclo de violencia y la inhabilidad aprendida

Para comprender la dinámica de las relaciones abusivas desde una perspectiva consistente con el feminismo es necesario revisar la clá-

sica propuesta de Lenore Walker (1979, 1989) sobre el ciclo de violencia y su relación con el desarrollo de lo que Martin Seligman denominó inhabilidad aprendida (IA) (*Learned Helplessness*)

La IA describe el proceso por el que los organismos aprenden a que no pueden predecir si su conducta llevará a que ocurra un resultado particular. Según Walker, en el caso de mujeres maltratadas con inhabilidad aprendida lo que se reduce es la elección de respuestas y se opta por ejecutar las que tienen más probabilidad de crear resultados exitosos.

Martin Seligman (cit. por Walker, 1979) originalmente puso perros en jaulas para que no escaparan y les administraba choques eléctricos al azar y en tiempos variables. Los perros aprendieron rápidamente que no había nada que pudieran hacer para controlar los choques. Eventualmente los perros cesaron de tener cualquier actividad voluntaria de escape y, cuando los investigadores trataron de enseñarlos a escapar, permanecieron pasivos totalmente, a veces yaciendo en su propio excremento, rechazando escapar o evitando los choques. La propuesta de Seligman es que en realidad los perros no eran totalmente pasivos, sino que habían desarrollado estrategias para minimizar el dolor, yaciendo en sus heces en una parte de la rejilla eléctrica que recibía la menor cantidad de estimulación eléctrica. A la larga, los perros aprendieron a escapar al ser dirigidos a la salida y la inhabilidad aprendida previamente desapareció.

En personas, Seligman investigó el aspecto cognitivo del síndrome de mob que observó que cuando una persona tiene control de una situación, pero cree que no, probablemente responderá a esa

situación con respuestas de enfrentamiento más que tratando de escapar. Por tanto, en una situación específica los hechos parecen ser menos importantes que las creencias o percepciones sobre ésta.

Si se aplica la IA a las mujeres maltratadas, puede decirse que éstas no intentan escapar —aunque a los observadores externos les parezca fácil y posible— porque creen que nada de lo que ellas u otros hagan alterará sus circunstancias. Por ello, la mujer no aprende a ser inhábil, sino que aprende a que no puede predecir el efecto —más específicamente la eficacia— que su conducta tendrá en la situación, lo que cambiará sus respuestas ante dicha situación. Las mujeres con IA suelen elegir respuestas conductuales que tienen un efecto más predecible dentro de la situación familiar o conocida y evitan respuestas —como escapar— que las pongan ante lo desconocido.

Para entender cómo se desarrolla esta inhabilidad se requiere considerar no solamente al episodio de violencia física, sino todos los componentes que coexisten en la dinámica del maltrato a la mujer por su pareja íntima. En particular, destacan dos factores en este maltrato: 1) su carácter *cíclico* y 2) su *intensidad* creciente (*escalamiento*). Éstos son característicos de lo que Walker (1983) denominó el "ciclo de violencia" que incluye una fase de tensión, el episodio violento y el perdón, la reconciliación o "luna de miel"; después, el reinicio del ciclo. A continuación revisaremos las principales características de estas fases.

En la fase de tensión, la mujer golpeada usa muchas estrategias para manipular y controlar la mayor cantidad de factores en el an-

biente y a las personas. Por ejemplo, intenta prevenir el enojo del agresor por medio de conductas que previamente le han resultado exitosas, como mostrarse cariñosa, complaciente y evita provocar su enojo. Con frecuencia atribuye a situaciones externas la conducta abusiva ("él tiene muchos problemas en el trabajo"); tiene esperanzas de que la situación cambiará, excusa esta conducta y en general se aísla de otros que pueden ayudarla. Este aislamiento exagera el temor psicológico.

Esta fase puede durar de meses a años. También se reportan ataques físicos menores, pero diferentes al incidente agudo del maltrato en la intensidad y en el sentido de control que las mujeres perciben en esta fase. Al permitir que ocurran abusos "menores" para prevenir que la violencia se incremente, la mujer utiliza un arma de doble filo, pues su conducta dócil legitima la creencia del hombre de que tiene derecho de abusar de ella.

Así pues, la negación, la ira y el miedo anticipado al maltrato, así como la racionalización por el abuso son comunes en las mujeres. Al progresar el ciclo, las técnicas de detención de la violencia se vuelven menos efectivas y empeora la violencia y el abuso verbal. La pareja siente el aumento de la pérdida de control y se desespera, lo que aumenta la tensión.

Tarde o temprano, exhausta por el estrés, la mujer se muestra indiferente emocionalmente, lo que enoja al abusador pues no está emocionalmente disponible, por lo que se comporta más violentamente. En cierto punto, ocurre el incidente agudo.

El episodio violento se caracteriza por la descarga incontrolada de las tensiones acumuladas en la fase anterior. Su duración es más breve que las otras fases; puede variar entre dos y 24 horas y llegar a prolongarse por una semana. La violencia es brutal, dañina y a veces mortal. En esta fase la mujer no cuenta con los elementos para evitar la agresión y, cuando termina, está consciente de todo lo ocurrido. Durante la golpiza, la mujer experimenta intenso terror y miedo a ser herida severamente o asesinada.

Un sentimiento prevaleciente en esta fase es que resulta inútil tratar de escapar. Ella se siente distante del ataque y del dolor, aunque pueda recordar después los detalles con precisión. Es probable que se sienta psicológicamente atrapada. El sentimiento que prevalece es similar al de las víctimas de desastres: se presenta un colapso emocional, cuyos síntomas incluyen depresión y sentimientos de desamparo, tendiendo a aislarse durante las horas posteriores. Muchas mujeres no buscan ayuda durante o después del episodio, y otras pueden no deprimirse o quebrarse emocionalmente hasta días o meses después.

Después del episodio violento, el hombre suele mostrarse arrepentido de lo que sucedió y pide perdón a la mujer. Por lo general menciona que la quiere y que no puede controlar lo que le ocurre, pero promete que no volverá a suceder. Muchas veces él mismo creerá que nunca volverá a lastimar a la mujer que ama y tratará de mostrarse sincero. Es común el llanto y mostrar desesperación si la mujer no le concede el perdón.

La mujer que vive en una relación de violencia suele "engancharse" psicológicamente con este perdón y siente otra vez esperanzas de que todo va a cambiar. Esta fase es la que psicológicamente victimiza más a las mujeres. La ilusión de interdependencia se solidifica, ambos realmente necesitan emocionalmente del otro, ella cuidándolo y él pidiendo el perdón. Esto hace que el amor genere terror, pues cada uno puede creer que la muerte es preferible a separarse.

Luego viene la "luna de miel"; por un tiempo la relación parece mejorar. La tensión y violencia se fueron, ambos sienten un respiro. Es un periodo tranquilo en el que el abusador puede exhibir cariño y ternura a la esposa. Sin embargo, tarde o temprano, la tensión se vuelve a acumular.

El ciclo de violencia puede tomar diferentes patrones y no necesariamente muestra un orden secuencial. Con el tiempo suelen hacerse más frecuentes los brotes de violencia, acortándose o desapareciendo el perdón y la reconciliación.

Precisamente el hecho de que la mujer experimente este ciclo y el que perciba el maltrato como incontrolable, puede llevarla a creer que nada de lo que ella haga (u otras personas) alterará sus circunstancias. Ante esta dinámica, el costo para su salud mental es muy alto. Para Walker, existe una constelación particular de efectos psicológicos a los que denominó Síndrome de la Mujer Maltratada, que concibe como una respuesta normal de un ser humano aterrorizado ante una situación anormal.

Este síndrome se inscribe dentro de la categoría del Trastorno por Estrés Posttraumático (DEPT) del *Manual diagnóstico y estadístico*

de *los trastornos mentales*, elaborado por la Asociación Psiquiátrica de Estados Unidos, y que actualmente se encuentra en la denominada versión IV (APA, 1994) (ver anexo 1).

La constelación de síntomas, aunque suele ser transitoria, puede en ocasiones ser de larga duración e incluye el experimentar los eventos traumáticos sin pensar propositivamente en ellos, pesadillas, *flashbacks*, pensamientos intrusivos y una sensación de falta de control.

También incluye el entumecimiento emocional y la evitación de recuerdos del abuso, lo que con frecuencia lleva a perturbaciones en las relaciones interpersonales, incluyendo la disminución del interés en personas y actividades.

Finalmente, también se presentan síntomas de excitabilidad incrementada, tales como la hipervigilancia a señales de futura violencia, suspicacia, insomnio e irritabilidad.

Sin embargo, existen otras manifestaciones que no se reflejan en el DEPT, como lo son la ansiedad generalizada, los ataques de pánico, las fobias y las disfunciones sexuales. Asimismo, algo que este trastorno no abarca son los aspectos cognitivos y de significado de la experiencia. En el caso del Síndrome de la Mujer Maltratada es común la presencia de habilidades de enfrentamiento relacionadas con distorsiones cognoscitivas como la minimización y la negación de la violencia severa, así como la disociación.

Cabe señalar que este síndrome fue conceptualizado con base en datos empíricos recolectados por Walker con mujeres maltratadas, para ser utilizados a nivel legal en algunos casos en los que la salud

mental de las mujeres maltratadas era puesta en tela de juicio. En particular, Walker ha comparecido como testigo experta en la defensa de mujeres maltratadas que han asesinado a sus maridos o parejas íntimas.

Críticas y otras aportaciones a este modelo

La propuesta de Walker ha generado una gran discusión desde hace años dentro del feminismo básicamente en cuanto a dos puntos: la utilidad del modelo de IA en la comprensión de la dinámica de las relaciones abusivas y los riesgos que implica el uso de diagnósticos psicológicos y psiquiátricos para abordar a las mujeres maltratadas.

Se ha cuestionado que el ciclo de violencia y el modelo de inhabilidad aprendida pueda aplicarse a todas las situaciones de maltrato de mujeres por parte de su pareja (Schuller y Vidmar, 1992) y, de hecho, se ha considerado que el modelo ha favorecido la imagen de mujeres victimizadas y pasivas (Mahoney, 1994). Asimismo, se ha dicho que psicologiza un problema que existe en el sistema social más que en la personalidad de estas mujeres, ya que son más bien otros aspectos los que impiden que la mujer reconozca y abandone la relación violenta (Bowler, 1993; Stark y Flitcraft, 1996). Entre estos destacan el miedo a la retaliación, la situación económica, la vergüenza, la falta de apoyo social, la devaluación y/o minimización de la violencia por las instituciones legales y de salud, etcétera.

De hecho, Stark y Flitcraft (1996) plantean que lo que ocurre en el caso de las mujeres maltratadas por la pareja íntima es un "trau-

ma dual". La mujer se queda atrapada en la relación no por la fuerza física del hombre, sino por su fuerza social, derivada del refuerzo de las relaciones de poder cuando ella ha buscado ayuda. "Un proceso de victimización institucional se combina con la violencia de la pareja para transformar a una mujer persistente y asertiva en una 'víctima inhábil' por la que 'no se puede hacer nada'" (p. 174).

Ante este tipo de críticas, Walker (1993) señala que ella nunca ha propuesto que *todas* las mujeres maltratadas desarrollan inhabilidad aprendida y, además, que las que la desarrollan no responden con total pasividad e inhabilidad. De hecho, para ella es más que obvio que no ha propuesto una inhabilidad inherente a la personalidad de las mujeres, sino precisamente una inhabilidad que es *aprendida*.

Bristow (1986, cit. por Jham, 1994) define la forma en que se presenta el Síndrome de la Mujer Maltratada y el papel que juega la inhabilidad aprendida:

Los síntomas manifestados por una mujer que sufre el Síndrome incluyen el intento de minimizar la violencia y de vivir por los aspectos positivos de la relación. Ella vive en un estado de gran temor, volviéndose muy sensible a éste cuando la situación se vuelve más violenta, así como a aquellas cosas que preceden a las disputas. El abusador aísla a la mujer y no le permite salir, y ella se vuelve más y más retraída. Pocas mujeres discuten sus problemas aún con la familia cercana por sentir que no se puede hacer nada por su situación. Tienen Inhabilidad

Aprendida; a medida en que el trauma repetido ocurre, la mujer más aprende que no tiene control.

Creo que aún quedan muchos aspectos que discutir sobre la inhabilidad aprendida, el papel del "amor", las características psicológicas de las mujeres maltratadas y la interrelación con las fuerzas sociales y culturales más amplias. Por esto, primero revisaré otras propuestas sobre la dinámica del maltrato a la mujer en la pareja, posteriormente discutiré brevemente los debates relacionados con el diagnóstico en esta problemática y cerraré con algunos comentarios sobre la intervención.

La intermitencia del abuso y el apego traumático

En contraste con el modelo de Walker, el modelo de apego traumático o vínculo traumático de Dutton y Painter (1981) propone que los rasgos centrales de las relaciones abusivas de larga duración son el desequilibrio de poder y la intermitencia del abuso. Estos rasgos son los que parecen incrementar el apego a un otro abusivo, en este caso a la pareja varón.

El desequilibrio de poder crea una dinámica en la que tanto el subordinado como el dominante se vuelven cada vez más dependientes uno del otro. En el maltrato a la mujer, el abuso físico y emocional sirve para crear y mantener ese desequilibrio. Por otro lado, la noción de intermitencia del abuso se refiere a que el tratamiento ocurre en alternancia negativa-positiva; es decir, el castigo

suele preceder al tratamiento positivo. Lo extremo del buen y mal tratamiento y la yuxtaposición temporal de un extremo con el otro, produce un vínculo emocional poderoso de la víctima hacia el abusador, siendo dicho vínculo el que interfiere para abandonar o permanecer fuera de una relación abusiva. Es decir, desde esta perspectiva la mujer no desarrolla un Síndrome de Mujer Maltratada porque, a la Walker, ha aprendido a "predecir" la violencia a través del ciclo y, por tanto, ha elegido las respuestas que tienen la mayor posibilidad de afectar de alguna forma la situación familiar o conocida -por lo que "no ve" que existe una salida-. La propuesta de los autores es que la mujer desarrolla el síndrome por el apego que tiene hacia el abusador en razón de haber experimentado conductas negativas y positivas extremas, no porque éstas sean cíclicas o predecibles; simplemente porque ocurren en el tiempo en forma contigua: una después de otra.

Para Dutton y Painter, este vínculo aparece más claramente cuando la mujer se separa del abusador y no logra permanecer lejos de él, volviendo a la relación. El vínculo emocional funciona entonces como una "banda elástica que separa a la mujer de su abusador por un tiempo y después la 'devuelve' a él" (p. 109). Esta propuesta la probaron empíricamente los autores. En su estudio con mujeres maltratadas separadas de sus parejas encontraron que, inmediatamente después de la separación y seis meses más tarde, la intermitencia del abuso (lo extremo de las conductas negativas durante el abuso más lo extremo de las conductas positivas después del abuso) y el desequilibrio de poder resultante del maltrato fueron los mejo-

res predictores del síndrome de abuso. Este síndrome estuvo compuesto por el "apego paradójico", la baja autoestima y síntomas post-traumáticos.

El apego paradójico estuvo constituido por reactivos relacionados con duelo en situaciones de separación, idealización y de "obsesión continua" por la pareja; y los síntomas traumáticos incluyeron las dimensiones de disociación, ansiedad, depresión, trauma por abuso sexual y perturbaciones en el sueño. Cabe señalar como dato interesante que las mujeres con baja autoestima fueron las que habían experimentado mayor cantidad de síntomas traumáticos y estaban más apegadas al abusador durante el tiempo de la separación.

El Síndrome de Estocolmo

Lo que se ha denominado como el Síndrome de Estocolmo es producto de los sucesos ocurridos en Estocolmo, Suecia, durante 1973, y que culminaron con rehenes que después de 143 horas de estar capturados en el Severgies Kredit Bank rechazaron dar evidencia en contra de sus raptos.

Mc Kenzie (1984) definió este síndrome como un "proceso normal de vinculación, acelerado por condiciones severas, y aparejado con un cambio de actitud resultante de la inhabilidad para rechazar argumentos" (p. 219). La dinámica que este autor propuso en ese entonces como subyacente para desarrollar el síndrome constaba de algunos elementos básicos: el estar en un área confinada, la restricción de los captores en el lugar, condiciones de sobrevivencia difíci-

les sumadas a una fuente de reacción aversiva experimentada por captores y rehenes, la posibilidad de conversar entre captores y rehenes, el intento de los captores de introducir su filosofía política en los rehenes y la inhabilidad de las víctimas de refutar los argumentos.

Mc Kenzie consideró de vital importancia dar apoyo psicológico a personas que habían sido rehenes tanto por la posibilidad de ocurrencia del Síndrome de Estocolmo, como por los efectos de estrés y ansiedad continuos y severos, así como las posibles dificultades de la víctima para responder "al mundo real" después de un periodo de captura (Mc Kenzie, 1987).

Más recientemente, Graham y colaboradores (Graham, 1994; Graham, Rawlins, Ihms *et al.*, 1995) hicieron una revisión sobre nueve diferentes grupos de "rehenes": rehenes en actos terroristas, prisioneros de campos de concentración, prisioneros de guerra, civiles capturados en cárceles de China comunista, miembros de sectas, menores víctimas de abuso, víctimas de incesto, mujeres maltratadas y prostitutas controladas por padrotes. Graham (1994) desarrolló más ampliamente una teoría sobre el Síndrome de Estocolmo, con el fin de poder explicar ciertas conductas paradójicas que fueron comúnmente observadas en estos grupos.

Las conductas paradójicas incluían el que los rehenes profesaran "amor" por las personas que abusaban de ellos; defender a sus abusadores aun cuando hubieran sufrido golpes severos; culparse a sí mismos del abuso experimentado y negar o minimizar la naturaleza amenazante del abuso.

Para Graham y cols., el Síndrome de Estocolmo es muy similar al "vínculo traumático" que propusieran Dutton y Painter. La vinculación con el abusador (el Síndrome de Estocolmo) parece tener una función de sobrevivencia para los rehenes que son víctimas de abuso interpersonal crónico.

La psicodinamia del síndrome involucra a rehenes/víctimas que experimentan una amenaza a su sobrevivencia a la vez que —si perciben amabilidad— desarrollan la esperanza de que se les permitirá vivir. Si además no perciben alguna forma de escape, las víctimas atemorizadas niegan su terror y el abuso del captor y se vinculan a su "lado amable", el cual representa la única vía disponible para escapar del abuso. Por tanto, se necesitan cuatro condiciones para desarrollar el síndrome: la víctima percibe una amenaza a su sobrevivencia; la víctima percibe cierta amabilidad, aunque sea pequeña, en el captor/abusador; la víctima está aislada de otros que le podrían dar una perspectiva alternativa a la del abusador y la víctima no percibe una vía de escape excepto la de persuadir al abusador.

¿Cómo reconocer la presencia del Síndrome de Estocolmo? Graham menciona los siguientes indicadores del síndrome: síntomas de traumatización o de desorden de estrés posttraumático; vinculación con el captor; intenso agradecimiento por las pequeñas amabilidades mostradas por él; negación o racionalización de la violencia del captor y negación de la ira hacia el abusador, hacia otros y hacia sí misma/o; hipervigilancia a las necesidades del abusador y buscar el mantenerlo feliz —de hecho, tratar de "reterse en su cabeza"—; ver el mundo desde la perspectiva del abusador; experi-

mentar la sensación de sí misma/o a través de él; ver a las autoridades (como la policía) que tratan de poner al rehén en libertad como "malos" y al abusador como "bueno"; dificultad psicológica de abandonar al abusador aun después de que se ha obtenido la libertad y miedo de que el captor regrese por ella/él incluso después de estar muerto o en prisión.

Las distorsiones cognitivas y perceptuales comunes en los "rehenes" con el síndrome –las cuales tienen en su mayoría la función de reducir su terror–, son la negación, racionalización y minimización del abuso, las atribuciones de autoculpabilidad, ver al abusador como más poderoso de lo que en realidad es, ver las pequeñas debilidades del captor como enormes, tomar la perspectiva del captor como propia, creer que se ama al abusador, verlo como bueno y a una/o misma/o como malo/a, agradecer que el abusador no le haya matado, ver a la violencia como señal de amor y al captor más como una víctima que como un abusador.

Graham retoma a Walster (1971) para tratar de explicar el "amor" que existe en estas relaciones. Este último autor propuso que, en ocasiones, la excitación fisiológica causada por el miedo puede ser interpretada como atracción, por lo que este mecanismo podría explicar la confusión cognitiva en las emociones que ocurre en algunas víctimas de violencia. Las mujeres que reportan compromiso y "amor" pueden estar presentando distorsiones cognitivas que sirven para reducir el terror y les permiten desarrollar un vínculo mutuo entre abusador y víctima. Esta explicación permite dar cuenta

de por qué las relaciones violentas pueden experimentarse con frecuencia como más íntimas que las no violentas.

Por otro lado, para Graham el enfrentamiento con una amenaza prolongada y severa a la sobrevivencia causa que la víctima internalice la dinámica captor-rehén y la generalice a la relación con otros. Esta generalización lleva a cambios en el funcionamiento interpersonal e incluye disociaciones, ira desplazada y la pérdida de sensación del sí mismo/a.

Estas cuatro consecuencias a largo plazo del síndrome, caracterizan también al denominado desorden borderline/limítrofe de la personalidad (DBP) (APA, 1994) (ver anexo 2), por lo que la autora hipotetiza que este trastorno podría producirse, aun en adultos, por el abuso crónico interpersonal.

Graham y cols. probaron empíricamente la validez de un instrumento para evaluar el Síndrome de Estocolmo en una población de mujeres estudiantes universitarias. Según análisis factoriales, las tres dimensiones más importantes fueron: a) el Síndrome de Estocolmo básico, compuesto por aspectos tales como el trauma interpersonal, las distorsiones cognitivas, el crear esperanzas de pequeñas habilidades y el mezclar el amor y el miedo; b) el daño psicológico, compuesto por reactivos relacionados con depresión, baja autoestima y pérdida del sentido de sí misma y c) el amor-dependencia, compuesto por reactivos que sugieren que la mujer cree que su sobrevivencia depende del amor de la pareja.

Es interesante hacer notar que estas dimensiones son conceptualmente similares a las variables que Dutton y Painter encontra-

ron en su propuesta del apego traumático como constitutivas del síndrome de efectos interrelacionados del abuso: el apego, la baja autoestima y los síntomas traumáticos.

Para cerrar este apartado, solamente cabe enfatizar que el papel del amor en el abuso sigue siendo, pues, una de las preguntas que quedan por contestar en la dinámica de violencia en la pareja. Estudios clínicos como los de Browne (1987) y Walker (1983) han encontrado que las mujeres maltratadas llegan a reportar que, en efecto, sus parejas eran extremadamente atentas y afectivas al principio de la relación, antes del inicio de la violencia. Asimismo, mostraban un gran interés en las preocupaciones y actividades de la mujer, un deseo de estar con ellas todo el tiempo, expresiones intensas de afecto y querían tempranamente una relación a largo plazo. Como se hace evidente, estas señales pueden ser extremadamente difíciles de distinguir de las interacciones románticas idealizadas. Éste es otro campo de investigación que está abierto ante nosotras.

Así que... ¿diagnosticar o no diagnosticar?

Se ha criticado que el uso de etiquetas diagnósticas patologiza la experiencia de las mujeres maltratadas y las reduce a víctimas pasivas. Walker (1993) considera que el síndrome de la mujer maltratada es un constructo psicológico legítimo que puede afectar a las mujeres en forma diferente dependiendo de su exposición a otras condiciones opresivas como la pobreza, el racismo, otras enfermedades mentales, su estado de salud mental, la frecuencia y la severidad

del abuso y las propias "capacidades y recursos" de cada mujer en particular. Johann (1994), por su parte, también opina que al menos algunas mujeres maltratadas sufren de este síndrome. Sin embargo, no debemos olvidar que el uso de este diagnóstico tiene implicaciones legales en Estados Unidos, pues se utiliza como defensa en casos de mujeres que han matado a su maltratador. Por ello, requiere estar "legitimado" por los sistemas diagnósticos prevalecientes.

Walker ha señalado que el temor a patologizar la experiencia de las mujeres maltratadas no toma en cuenta que este síndrome refleja los efectos *directamente atribuibles* al abuso experimentado; que para muchas mujeres es un alivio saber que lo que han experimentado en sus pensamientos, actos y sentimientos tiene un nombre; que este síndrome es útil para desarrollar programas de intervención apropiados para asistir a mujeres maltratadas y que tiene la ventaja de que puede ser aceptado en otros ámbitos como el legal, el médico y el psicológico, para dar asistencia a estas mujeres.

En suma, Walker ha insistido que ubicar el impacto psicológico del abuso de las mujeres en el contexto de otras situaciones de estrés y trauma disminuye la culpabilización que, muchas veces, bloquea el que éstas reciban apoyo en diferentes ámbitos. Asimismo, considera que es una categoría diagnóstica menos estigmatizante que otras, como lo es el desorden límite de la personalidad o el masoquismo, pues su etiología se ubica más en el evento traumático que en una patología inherente.

Ciertamente, en la psicología el uso de conceptos como el masoquismo para explicar el maltrato a la mujer en la pareja ha generado

tremendas consecuencias hasta la fecha (Celani, 1994). Parecen existir todavía profesionales y terapeutas que consideran que las mujeres que se encuentran en relaciones abusivas están ahí porque "les gusta" y porque tienen personalidades trastornadas. Esto ha causado que los efectos de la violencia en las mujeres maltratadas se sigan confundiendo con síntomas de enfermedad mental.

Ahora bien, en cuanto al DEPT, aun cuando se defienda esta categoría clínica con base en las ventajas mencionadas, queda por investigar muy concretamente si estas manifestaciones sintomatológicas ocurren en nuestro país y, más concretamente, si se dan en todas las mujeres maltratadas por la pareja íntima. Si no es así, ¿en cuáles casos? ¿Qué tipo de dinámicas y formas de maltrato se asocian con ciertas manifestaciones psicológicas? ¿Hay algunas más graves que otras?

Cabe recordar que dicho diagnóstico no solamente ha sido criticado en este terreno, sino también en otros campos relacionados con el estudio de situaciones traumáticas en general. Entre otras cosas, se ha argumentado que al hablar de una sola forma de reaccionar a un trauma, el DEPT, implicaría que todos los "traumas" son iguales, lo cual no resulta así.

Terr (1994) ha propuesto que al menos existen dos grandes tipos de traumas. A los primeros les denomina de breve duración o tipo I, que se caracterizan por ser únicos, aislados, sorpresivos, peligrosos y que suelen generar síntomas del DEPT en su forma "clásica" —como el que sufren personas expuestas a desastres naturales o de origen humano, victimizaciones criminales violentas o muchos de los

casos de violación cometida por extraños en lugares públicos-. A los segundos, los denomina de larga duración o tipo 1, los cuales son múltiples, crónicos, repetitivos y anticipados, suelen generar respuestas de inhabilidad, se asocian más con mecanismos disociativos y de negación o con el uso de sustancias adictivas en el intento de protegerse a sí mismo/a del dolor, no suelen generar el cuadro "clásico" posttraumático, parecen afectar más profundamente la visión de sí mismo/a y de los otros, además de que se asocian con frecuencia con problemas caracterológicos e interpersonales -éste es el caso de la mayoría de las situaciones donde existen "rehenes" como los que estudiaron Graham y sus colaboradores-.

En este sentido, Becker (1995) ha realizado una serie de críticas al diagnóstico de DEPT desde su trabajo con personas que han sido víctimas de violencia política, las cuales hay que tomar en cuenta considerando que hacen referencia a estos traumas de "larga duración". En primer lugar, considera que el término "pos" hace referencia a una situación estresante que tiene claramente delimitado un principio y un fin, lo cual no ocurre en los casos de violencia política (o doméstica). En segundo, el término "desorden" justifica la violencia de los victimizadores, patologiza a las víctimas y distorsiona el carácter social de la violencia.

Así pues, diagnósticos como el DEPT o categorías psicoanalíticas pueden ayudar a describir características y definir las necesidades de las personas, pero no deben utilizarse para etiquetarlas y "legitimar" su experiencia y búsqueda de ayuda (como si el sufrir violencia no fuera *per se* motivo suficiente para obtener ayuda).

La traumatización extrema es, por tanto, un concepto que permite reconocer que en ocasiones la terapia es necesaria, pero que mucha de la salud mental de los y las "pacientes" depende de la disposición de la sociedad para conocer, compartir y comprender el dolor y el sufrimiento.

En esta línea, no es sorprendente que también muchas feministas consideren al diagnóstico como una etiqueta negativa, ya que opinan que el problema no es la patología sino el patriarcado. Sin embargo, para terapeutas feministas como Laura Brown (1994) resulta sumamente importante rebasar la otra etiqueta de que todo malestar cabe en algo que puede denominarse "sentirse mal", pues no todo el malestar subjetivo tiene la misma forma o significado. Cierta malestar es discapacitante subjetiva u objetivamente, mientras otro no lo es.

Para Brown, este rechazo a todo "lo diagnóstico" ha tenido un efecto desafortunado, ya que ha disminuido la influencia feminista en el proceso de diagnóstico formal de las disciplinas dominantes de la salud mental, además de que ha dejado la comprensión feminista del malestar muy pobremente formulada. En consecuencia, no ha sido posible delimitar a la fecha cuándo el malestar es parte de un proceso de enfermedad y cuándo es una estrategia de sobrevivencia.¹

Según ella, los diagnósticos psicológicos/psiquiátricos generalmente reproducen desigualdades de poder entre pacientes y terapeutas, y sostienen modelos androcéntricos y monoculturales de la salud y el funcionamiento mental. Asimismo,

¹ En este sentido los esfuerzos de psicoanalistas feministas como Mabel Burin en cuanto a la concepción del malestar femenino son de los más destacables en Latinoamérica.

reifican distinciones artificiales entre problemas que son "verdaderas patologías" (las que merecen ser tratadas) y las que son simplemente "situacionales" (producto de algún evento y, por ende, consideradas como menos severas). Los diagnósticos de los sistemas de clasificación son paradigma de las normas culturales dominantes: sexismo, racismo, heterosexismo, clasismo, etc. Y por ello, han sido rechazados por el feminismo.

Sin embargo, Brown promueve la reflexión sobre la importancia de hacer *un diagnóstico* para la intervención emocional o psicológica más adecuada.

El pensamiento diagnóstico, puede incluir el psicodiagnóstico formal pero —lo que es más importante para la teoría de la terapia feminista— no está limitado solamente a éste, y provee la piedra angular de la epistemología y metodología de la terapeuta feminista... Pensar diagnósticamente requiere ver a la clínica y a la cliente trabajando conjuntamente para desarrollar hipótesis organizadas sobre la naturaleza, orígenes y significados del malestar de ésta... El diagnóstico como un ejercicio para desarrollar una teoría de la persona en terapia, puede ser una luz poderosa que ilumine nuestra comprensión de cómo esta cliente, en su única combinación de circunstancias, ha llegado a esta experiencia de malestar y confusión. No es suficiente para las propuestas de comprensión diagnóstica decir que esta persona es, por ejemplo, una sobreviviente de incesto. Esta sobreviviente de incesto no es (la misma que) otra

sobreviviente de incesto. La naturaleza y significado de esta experiencia para la persona está mediatizada por variables contextuales, tales como el género, la raza, la clase, la cultura, y la orientación sexual, así como por variables individuales... En el pensamiento diagnóstico feminista, todas estas variables son consideradas en relación a la comprensión política del significado del incesto para el patriarcado, como una estrategia de control y dominación. Este complejo proceso de dar sentido a la experiencia es el diagnóstico (Brown, 1994: 128).

Cada persona que interviene con una mujer maltratada, cada terapeuta, necesitará reflexionar en la utilidad del pensamiento diagnóstico. Lo que es importante volver a mencionar para cerrar esta sección es que el nombrar de una manera particular, *con ciertos términos*, a lo que le ocurre a una mujer maltratada por su pareja, determinará cómo se le percibe, cómo se le trate y, por supuesto, influirá en la posibilidad de que haya un cambio que la empodere o no.

Comentario final: Los retos para la intervención

Para cerrar este texto, solamente quiero mencionar que pareciera que, más allá de las discusiones sobre el cómo intervenir, en ocasiones es necesario intervenir psicológicamente en las mujeres maltratadas por su pareja. De hecho, sabemos que en algunos casos puede existir un riesgo elevado de suicidio u homicidio por lo que, antes que nada, el tema de la seguridad de la mujer tendrá que ser valo-

radb cuidadosamente en cada caso específico (Holiman, 1997; Burstow, 1992).

Dado que, repito, yo no soy terapeuta, no me siento suficientemente autorizada para opinar acerca de lo que debe hacerse o no con respecto a estos casos. Sin embargo, me parece que la revisión realizada pone más o menos en claro que el abordaje de la mujer maltratada no puede realizarse por cualquier terapeuta, en particular por los sesgos de género y la fuerte influencia de los marcos teóricos psicológicos que han facilitado la culpabilización de la mujer.

Los psicoterapeutas han sido entrenados para creer que las víctimas frecuentemente provocan su [propio] ataque... Los psicoterapeutas, con frecuencia inadvertidamente, han aportado a la pérdida de autoestima de la mujer al unirse en la conspiración de silencio que existe alrededor de los incidentes de maltrato y por concentrarse en la naturaleza "provocativa" de las mujeres cuando esos incidentes son revelados en sesiones de terapia (Walker, 1979: 228).

Como mencioné inicialmente, nuestros términos, marcos conceptuales y visiones sobre el problema determinan cómo lo definimos y abordamos. El feminismo, al criticar las instituciones y nociones tradicionales sobre la salud mental, ha censurado también a la intervención terapéutica con las mujeres en general, y con aquellas maltratadas por sus parejas, en particular. Se ha señalado que la terapia tradicional tiende a infantilizar y desempoderar a las mujeres y refuerza las

desigualdades entre géneros y que una terapia de corte feminista tendría que ayudar a la mujer a comprender su opresión y a encontrar formas más empoderadas para hacerle frente. Una premisa explícita es que "los problemas personales son creados y exacerbados por desequilibrios sociales de poder" (Burstow, 1992). Junto a esto, se propone no dejar de lado la necesidad de un cambio social que genere relaciones entre los géneros más igualitarias, sin las cuales este problema no podrá resolverse (Brown, 1994; Burstow, 1992).

Asimismo, en cuestiones más concretas se ha señalado que las mujeres maltratadas pueden ser tratadas exitosamente en grupos de autoayuda, intervención en crisis, en psicoterapia individual y en terapia de grupo; pero que solamente en un número muy limitado de casos pueden hacer uso de la terapia de pareja o de familia (Walker, 1979). En el caso de los hombres, se ha recomendado tratarlos por separado en grupos de maltratadores (Goldner, Penn, Sheinberg y Walker, 1990).

Para Walker (1979) simplemente no es posible hacer terapia de pareja si hay violencia doméstica –aun cuando los dos miembros quieran– porque la desigualdad inherente a la relación y la rígida división del poder resiste al cambio. El abuso físico a veces se detiene, pero casi invariablemente aumenta el psicológico y de manera eventual reaparece el físico; para ella, es casi imposible permanecer con un maltratador aunque una cambie, pues ellos son violentos por sí mismos. Recordemos que la afirmación de Walker fue sustentada por sus datos, los cuales se obtuvieron de casos de mujeres en situaciones extremas de abuso.

Así pues, autoras como Mahoney (1994) consideran que debemos tener cuidado en no caer en una postura victimizadora que construya o apoye estereotipos de la mujer maltratada relacionados con dependencia e "inhabilidad", pues esto no ocurre en todos los casos. Tampoco es recomendable señalar que la única forma de resolver un situación de maltrato por la pareja es que la mujer abandone la relación, sin considerar las posibilidades de parar la violencia permaneciendo en ésta: "Enfatizar en la salida (de la relación) define la discusión de la violencia en formas que ignoran la experiencia vivida de la mujer y el contexto personal y social y de poder; y que se focaliza entonces en ver si sus acciones de respuesta se conforman a las expectativas sociales" (p. 74).

Existen terapeutas que sostienen que es posible el trabajo en la pareja, siempre y cuando no exista violencia en la actualidad y se haya garantizado la seguridad física de los involucrados (Hansen y Goldenberg, 1993; Holiman, 1997). Señala una terapeuta:

Necesito hacer preguntas específicas y directas sobre el contacto físico, los ataques emocionales, y las amenazas de daños futuros, y necesito hacer estas preguntas a cada miembro de la pareja en forma independiente. Las respuestas a estas preguntas revelan si una o ambas están en riesgo de daño físico, [si es así] entonces necesito abandonar la terapia de pareja hasta que ambos estén seguros. Quizás tengo que violar mi neutralidad en la relación para abogar por la seguridad; a veces he sido

el blanco de ira de uno o ambos miembros de la pareja por hacerlo (Holiman, 1997: 85).

Sin embargo, en la actualidad tanto las psicólogas feministas como las mismas terapeutas familiares feministas siguen expresando preocupación por los peligros inherentes a la conceptualización del maltrato por parte de la terapia familiar. A este campo lo han considerado como insensible a los temas de mujeres y sexista en su enfoque a la familia (Hansen, 1993). Las preocupaciones básicas al respecto han girado en torno a la posible culpabilización de la mujer, debido a las características que la psicología ha atribuido a las víctimas en las relaciones violentas con base en el supuesto de "corresponsabilidad"; es decir, el de que la propia víctima contribuye a la ocurrencia de los eventos violentos y respecto a otro supuesto riesgoso: la "no responsabilidad".

Según Hansen (1993), los teóricos de los sistemas familiares con frecuencia consideran la conceptualización de circularidad, de interacciones recíprocas y la causalidad no lineal dentro del sistema y, por tanto, han fracasado en focalizarse en la conducta del maltratador y se han dirigido a las secuencias de la interacción. Para Dell (1989), es precisamente el énfasis de la perspectiva sistémica en la causalidad circular lo que ha hecho difícil que los terapeutas familiares puedan hablar acerca de un fenómeno aparentemente lineal como lo es el poder, la violencia, los abusadores y las víctimas. Para este autor, la pregunta no resuelta en la terapia familiar no es cómo hablar acerca de la violencia desde la perspectiva sistémica,

sino cómo abordar el que algunos miembros de la familia tengan más poder sobre otros.

Más allá de lo anterior, Hansen (1993) sostiene que la falla más grave de muchos terapeutas familiares es que en realidad no tienen un pensamiento verdaderamente "sistémico", pues comúnmente ignoran el contexto social y político que sostiene la violencia en la familia. Así, aunque se han preocupado por examinar las secuencias recíprocas y los patrones de interacción circular dentro de la pareja, "han fracasado en consignar el impacto de las circunstancias externas y los valores que pueden afectar estas conductas" (p. 79).

Ahora bien, dentro de la misma terapia familiar se han dado aportaciones importantes para abordar estos problemas; entre éstas destaca la de Virginia Goldner y otras terapeutas (1990) del Instituto Ackeman. Ellas se han interesado en incorporar el género en las premisas básicas de la terapia familiar —con una mirada feminista y sistémica— y han realizado un proyecto con parejas involucradas en relaciones violentas. "Tratamos de ir más allá de la visión reduccionista de que los hombres simplemente abusan de su poder, y de que las mujeres, por no separarse, están coludidas en su propia victimización" (p. 344). Su propuesta pretende explorar la experiencia subjetiva de los maltratadores y de las mujeres maltratadas sin perder de vista el dominio masculino en las relaciones y en la sociedad.

Entre otros aspectos, analizan el tabú social que existe contra la similitud entre los géneros, el cual opera en todas las relaciones entre hombres y mujeres. La división difusa entre los géneros lleva a

que los primeros –por ocupar posiciones de poder y privilegio en la estructura patriarcal– experimenten humillación, y que las segundas tiendan a ocupar una posición de castigo. En el caso del maltrato, el hombre abusivo puede visualizarse como alguien que busca “reasegurar la diferencia y dominio de género, cuando el terror de no ser suficientemente diferente de ‘su’ mujer amenaza con sobrecogerlo” (p. 348). Estos miedos de alguna forma se relacionan con la formación de la identidad de género masculina, la cual puede considerarse asociada con la experiencia de “no ser mujer”, con la necesidad de diferenciarse de la madre; mientras que la identidad femenina se construye por la vinculación con la madre y la dificultad de separarse de ella. Goldner y sus colegas empiezan a visualizar la importancia que parece tener el que las familias de origen de las parejas investigadas se adhieran rígidamente a las premisas sobre la masculinidad y la feminidad, lo que podría explicar de alguna forma el terror masculino a “feminizarse” y la necesidad de vinculación que muchas mujeres parecen presentar ante sus abusadores.

Para finalizar, considero que, además de mantener una postura crítica ante las conceptualizaciones y enfoques que reproducen la desigualdad entre los géneros y que culpabilizan a la mujer de su propio maltrato, se hace muy necesario desarrollar marcos conceptuales propios y literatura sobre apoyo e intervención a estas mujeres. Existe en la actualidad una gran necesidad de que los terapeutas de nuestro país empiecen a escribir sobre su práctica, porque de esta forma ofrecerían a otros colegas sus hipótesis y estrategias para abordar el maltrato de la mujer por su pareja íntima.

También es importante profundizar en la investigación de la dinámica de las relaciones violentas –lo que implica incluir también a los varones– y sus efectos en la salud mental de las mujeres, con el fin de ir creando modelos que permitan conocer las formas y consecuencias de esta violencia. Este conocimiento apoyaría a los terapeutas para la toma de decisiones en cuanto a “diagnóstico” y canalización de casos a intervenciones específicas: consejería, grupos de autoayuda, terapia individual, etcétera.

Todo esto debe ir acompañado de un cambio social. Kersti Yllö (1993) expresa esta idea de una manera que me parece muy convincente para terminar este trabajo:

La violencia es un medio de control social de las mujeres que es a la vez personal e institucional; simbólico y material. Las restricciones creadas en la libertad psíquica y física de las mujeres, por el miedo y por la realidad de la violencia masculina, son indiscutibles. Los esfuerzos para comprender más plenamente la psicología de la violencia son importantes y, sin duda, contribuirán a nuestros esfuerzos de intervención. Sin embargo, si no existe una acción social más amplia y un cambio social fundamental a favor de las mujeres, harán muy poco para detener el flujo de violencia. El feminismo, al producir este cambio social ha hecho, creo, su aportación más grande (p. 59).

ANEXO 1**Criterio diagnóstico****Desorden por estrés posttraumático¹**

- A) La persona ha estado expuesta a un suceso traumático en el que estuvieron presentes los siguientes:
- ¹ DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994.
1. La persona experimentó, fue testigo o fue confrontada con un suceso o sucesos que involucraron la amenaza o de hecho la muerte o daño severo, o una amenaza a la integridad física de sí mismo u otros.
 2. La respuesta de la persona involucró miedo, incapacidad u horror intensos. **Nota:** En niños, esto puede ser expresado por conducta desorganizada o agitada.
- B) El suceso traumático es reexperimentado persistentemente en una (o más) de las siguientes formas:
1. Recuerdos perturbadores recurrentes e intrusivos sobre el suceso, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones. **Nota:** En niños pequeños, puede ocurrir el juego repetitivo en el que temas o aspectos del trauma son expresados.
 2. Sueños perturbadores recurrentes sobre el suceso. **Nota:** En niños, pueden presentarse sueños aterrizantes sin contenido reconocible.

- 3 Actuar o sentir como si el suceso traumático estuviera repitiéndose (incluyendo la sensación de revivir la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos [*flashbacks*], an aquellos que ocurren al levantarse o estando intoxicado). **Nota:** En niños pequeños, la escenificación del trauma específico puede ocurrir.
 - 4 Malestar psicológico intenso al exponerse a señales internas o externas que simbolizan o asemejan algún aspecto del evento traumático.
 - 5 Reactividad fisiológica al exponerse a señales internas o externas que simbolizan o asemejan algún aspecto del evento traumático.
- C) Evitación persistente de estímulos asociados con el trauma o embotamiento de la respuesta general (no habiendo estado presente antes del trauma) como lo indican tres (o más) de los siguientes:
- 1 Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas con el trauma.
 - 2 Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que evocan recuerdos del trauma.
 - 3 Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
 - 4 Marcada disminución del interés o la participación en actividades significativas.
 - 5 Sentimientos de separación o extrañamiento de los otros.
 - 6 Marco restringido de afecto (p. e., incapacidad de tener sentimientos amorosos).
 - 7 Sensación de un futuro reducido (p. e., sin expectativas de tener una carrera, de matrimonio, de tener hijos o una vida normal).

- D) Síntomas persistentes de excitación incrementada (no presentes antes del trauma), como indican dos (o más) de los siguientes:
- 1 Dificultad para dormir o permanecer dormido.
 - 2 Irritabilidad o estallidos de enojo.
 - 3 Dificultad para concentrarse.
 - 4 Hipervigilancia.
 - 5 Respuesta exagerada de sobresalto.
- E) La duración de la perturbación (síntomas en los criterios B, C y D) son de más de un mes.
- F) La perturbación causa malestar clínicamente significativo o empeoramiento en el área social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento.

Especificar:

Agudo: Si la duración de los síntomas es de menos de tres meses.

Crónico: Si la duración de los síntomas es de tres meses o más.

Con inicio retardado: Si el inicio de los síntomas es de al menos seis meses después del estresor.

ANEXO 2

Criterio diagnóstico

Desorden límite de la personalidad¹

¹ DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994

Un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, así como una marcada impulsividad que inicia en la adultez temprana y se presenta en una variedad de contextos, como indican cinco (o más) de los siguientes:

1. Esfuerzos frenéticos para evitar el abandono real o imaginario. **Nota:** No incluir conducta suicida o autoutilante cubierta en el criterio 5.
2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizadas por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. Perturbaciones en la identidad: autoimagen o sensación de sí mismo marcada y persistentemente inestable.
4. Impulsividad en al menos dos áreas que son potencialmente autodafinas (p.e., gastar dinero, sexo, abuso de sustancias, manejar imprudentemente, exceso en la comida). **Nota:** No incluir conducta suicida o autoutilante cubierta en el criterio 5.
5. Amenazas, conductas o gestos recurrentes de suicidio o conducta autoutilante.
6. Inestabilidad afectiva debida a una marcada reactividad del ánimo (p.e., intensa disforia episódica, irritabilidad o ansiedad, que duran

usualmente unas pocas horas y sólo raramente más de algunos pocos días).

7. Sentimientos crónicos de vacío.
8. Ira inapropiada, intensa o dificultad para controlarla (p.e., frecuentes muestras de cólera, ira constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos severos.

Bibliografía

- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth*, American Psychiatric Association, Washington, 1994.
- BARNETT, Ola W., Cindy L. MILLER-PERRIN y Robin D. PERRIN. *Family Violence Across the Lifespan. An Introduction*, Sage, Newbury Park, 1997.
- BECKER, David. "The Deficiency of the Concept of Posttraumatic Stress Disorder when Dealing with Victims of Human Rights Violations", en R. J. KLEBER, C. R. FIGLEY y B. P. R. GERSONS (eds.). *Beyond Trauma. Cultural and Societal Dynamics*, Plenum Press, Nueva York, 1995.
- BONINO, Luis. "Deconstruyendo la 'normalidad' masculina, apuntes para una psicopatología de género masculino", en *Actualidad Psicológica*, Buenos Aires, 1998, pp. 17-20; y en *The European Profeminist Men's Network*. CD-ROM, núm.1, Bruselas.
- BOWKER, Lee H. "A Battered Woman's Problems are Social, not Psychological", en R. J. GELLES y D. R. LOSEKE (eds.). *Current Controversies in Family Violence*, Sage, Newbury Park, 1993.
- BROWN, Laura S. *Subversive Dialogues. Theory in Feminist Therapy*, Basic Books, Nueva York, 1994.
- BROWNE, Angela. *When Battered Women Kill*, Macmillan, Nueva York, 1987.
- BURIN, Mabel. *Estudios sobre la subjetividad femenina*, Gel, Buenos Aires, 1987.
- BURSTOW, B. *Radical Feminist Therapy. Working in the Context of Violence*, Sage, Newbury Park, 1992.
- CASCO, Margarita y Guillemina NATERA. "Comparación de las características psicosociales entre un grupo de mujeres y hombres alcohóli-

- cos", en *La psicología social en México*, vol. III, México, 1990, pp. 195-199.
- CELANI, David P. *The Illusion of Love. Why the Battered Woman Returns to Her Abuser*, Columbia University Press, Nueva York, 1994.
- DELL, Paul F. "Violence and the Systemic View: The Problem of Power", en *Family Process*, 1989, 28(1), pp. 1-14.
- DENNERSTEIN, L, J. ARTSBURY y C. MORSE. *Psychosocial and Mental Health Aspects of Women's Health*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1993.
- DOBASH, R. E. y R. P. DOBASH. *Violence Against Wives: a Case Against Patriarchy*, Free Press, Nueva York, 1979.
- M. WILSON y M. DALY. "The Myth of Sexual Symmetry in Marital Violence", en *Social Problems*, núm. 39, 1992, pp. 71-91.
- DUTTON, D. G. y S. L. PAINTER. "Traumatic Bonding: the Development of Emotional Attachments in Battered Women and Other Relationships of Intermittent Abuse", en *Victimology: An International Journal*, núm. 6, 1981, pp. 139-155.
- FERRARO, Kathleen J. y John M. JOHNSON. "How Women Experience Battering: The Process of Victimization", en *Social Problems*, 30(3), 1983, pp. 325-339.
- FINE, Michelle. *Disruptive Voices. The Possibilities of Feminist Research*, University of Michigan Press, Ann Arbor, 1992.
- GELLES, R. J. "Through a Sociological Lens. Social Structure and Family Violence", en R. J. GELLES y D. R. LOSEKE (eds). *Current Controversies in Family Violence*, Sage, Newbury Park, 1993.

- GOLDNER, Virginia, Peggy PENN, Marcia SHEINBERG y Gillian WALKER. "Love and Violence: Gender Paradoxes in Volatile Attachments", en *Family Process*, núm. 29, 1990, pp. 343-364.
- GRAHAM, Dee L. R. *Loving to Survive. Sexual Terror, Men's Violence, and Women's Lives*, New York University Press, Nueva York, 1994.
- Eitha Y. RAWLINS, KimIHMS y cols. "A Scale for Identifying 'Stockholm Syndrome' Reaction in Young Dating Women: Factor Structure, Reliability and Validity", en *Violence and Victims*, núm. 19(1), 1995, pp. 3-22.
- HANSEN, Marsali. "Feminism and Family Therapy: a Review of Feminist Critiques of Approaches to Family Violence", en M. HANSEN y M. HARWAY (eds.). *Battering and Family Therapy. A Feminist Perspective*, Sage, Newbury Park, 1993.
- e Irene GOLDENBERG. "Conjoint Therapy with Violent Couples: Some Valid Considerations", en M. HANSEN y M. HARWAY (eds.). *Battering and Family Therapy. A Feminist Perspective*, Sage, Newbury Park, 1993.
- HÍJAR, Martha C., José R. TAPIA, Rafael LOZANO y Rubén CHÁVEZ. "Violencia y lesiones", en *Salud Mental*, núm. 15, 1992, pp. 15-23.
- HOLIMAN, Marjorie. *From Violence, Toward Love. One Therapist's Journey*, W. W. Norton & Company, Nueva York, 1997.
- JOHANN, Sara Lee. *Domestic Abusers. Terrorists in our Homes*, Charles C. Thomas Publisher, Springfield, 1994.
- JOHNSON, Michael P. "Patriarchal Terrorism and Common Couple Violence: Two Forms of Violence Against Women", en *Journal of Marriage and the Family*, núm. 57, 1995, pp. 283-294.

- M AHONEY, Martha R. "Victimization or Oppression? Women's Lives, Violence and Agency", en M. A. FINEMAN y R. M YKITIUK (eds.). *The Public Nature of Private Violence. The Discovery of Domestic Abuse*, Routledge, Nueva York, 1994.
- M AQUIEIRA, Virginia y Cristina SÁNCHEZ. "Introducción", en M. M AQUIEIRA y C. SÁNCHEZ (comps.). *Violencia y sociedad patriarcal*, Pablo Iglesias, Madrid, 1990.
- M CHUGH, Maureen, Irene H. Frieze y Angela Browne. "Research on Battered Women and Their Assaultants", en F. L. DENMARK y M. A. FALUDI (eds.). *Psychology of Women. A Handbook of Issues and Theories*, Greenwood Press, Westport, 1993.
- M C KENZIE, Y. "Hostage-Captor Relationships: Some Behavioural and Environmental Determinants", en *Police Studies*, núm. 7(4), 1984, pp. 219-223.
- "Physiological and Psychological Effects of Kidnapping and Hostage-Taking", en *Police Studies*, núm. 19(2), 1987, pp. 96-102.
- ROMERO, Martha, Cecilia GÓMEZ y María Elena MEDINA-MORA. "Las mujeres adictas: de la descripción a su construcción social", ponencia presentada en *El impacto del abuso de drogas en la mujer y la familia. Reunión de Grupo de Consulta*. Montevideo, 18 al 20 de noviembre de 1996.
- RUSSELL, Diana E. H. *Rape in Marriage*, Macmillan Publishing, Nueva York, 1982.
- RUSSO, Nancy F. y Beth L. GREEN. "Women and Mental Health", en F. L. DENMARK y M. A. Faludi (eds.). *Psychology of Women*, Greenwood Press, Westport, 1993.

- SCHULLER, R. A. y N. VIDMAR. "Battered Woman Syndrome Evidence in the Courtroom", *Law and Human Behavior*, núm. 16, 1992, pp. 273-291.
- STARK, Evan y Anne FLITCRAFT. *Women at Risk. Domestic Violence and Women's Health*, Sage, Thousand Oaks, 1996.
- STEINMETZ, S. K. "The Battered Husband Syndrome", en *Victimology*, núm. 2, 1978, pp. 499-509.
- STRAUS, Murray A. "Some Social Antecedents of Physical Punishment: A Linkage Theory Interpretation", en *Journal of Marriage and the Family*, núm. 33, 1971, pp. 658-663.
- "Measuring Intrafamily Conflict and Violence: The Conflict Tactics Scales", en *Journal of Marriage and the Family*, núm. 41, 1979, pp. 75-88.
- y R. J. GELLES. *Physical Violence in American Families*, Transaction Publishers, New Brunswick, 1990.
- Sherry L. HAMBY, Sue BONEY-McCoy y David B. SUGARMAN. "The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2). Development and Preliminary Psychometric Data", en *Journal of Family Issues*, núm. 17, 1996, pp. 283-316.
- TERR, L. *Unchained Memories*, Basic Books, Nueva York, 1994.
- WALKER, Lenore E. *The Battered Woman*, Harper & Row, Nueva York, 1979.
- "The Battered Woman Syndrome Study", en D. FINKELHOR, R. J. GELLES, G. T. HOTALING y M. A. STRAUS (eds). *The Dark Side of Families: Current Family Violence Research*, Sage, Beverly Hills, 1983.
- *Terrifying Love. Why Battered Women Kill and How Society Responds*, Harper & Row, Nueva York, 1989.

- "The Battered Woman Syndrome is a Psychological Consequence of Abuse", en R. J. GELLES y D. R. LOSEKE (eds.). *Current Controversies in Family Violence*, Sage, Newbury Park, 1993.
- WALSTER, E. "Passionate Love", en B. I. MURSTEIN (ed.). *Theories of Attraction and Love*, Springer Publishing, Nueva York, 1971, pp. 85-99.
- "WOMEN'S Mental Health. An Evidence Based Review", Department of Mental Health and Substance Dependence/WHO, Ginebra, 2000.
- YLLÖ, Kersti A. "Through a Feminist Lens. Gender, Power and Violence", en R. J. GELLES y D. R. LOSEKE (eds.). *Current Controversies in Family Violence*, Sage, Newbury Park, 1993.