

Guía clínica de intervención psicológica de mujeres con violencia doméstica

M. CONSUELO HENALES-ALMARAZ,^a CLAUDIA SÁNCHEZ-BRAVO,^a
JORGE CARREÑO MELENDEZ,^a GABRIEL ESPÍNDOLA-HERNÁNDEZ^a

RESUMEN

Se propone una Guía de Intervención Psicológica en una institución médica de tercer nivel, que atiende a pacientes con violencia doméstica. La violencia doméstica es un problema de salud pública que afecta el estado psicológico de la paciente y que pone en riesgo la integridad física de la mujer embarazada y de su producto; así como la adherencia terapéutica. Esta guía se realiza con base en la prevalencia de la violencia doméstica registrada en el Instituto Nacional de Perinatología, "Dr. Isidro Espinosa de los Reyes" (INPerIER), la cual fue de 18.8%, cifra obtenida de un estudio de tipo observacional, transversal y descriptivo. En el trabajo se realizan también las recomendaciones derivadas de la experiencia clínica y de la revisión bibliográfica del tema, a partir de lo cual se desprenden los elementos para elaborar esta guía, que será útil para realizar y diferenciar el diagnóstico de violencia doméstica, así como para definir el tratamiento y las recomendaciones al personal médico para el cuidado de este tipo de pacientes.

PALABRAS GUÍA: *Violencia doméstica, intervención psicoterapéutica institucional, diagnóstico de violencia, síntomas de la violencia.*

¿QUÉ ES LA VIOLENCIA DOMÉSTICA?

En el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS),¹ se define a la violencia, como: "el uso deliberado de fuerza física o de poder, ya sea en grado de amenaza o de tipo afectivo, contra uno mismo, otra persona, o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastorno del desarrollo o privaciones".

De acuerdo con el Consejo Económico y Social de la ONU,² violencia contra la mujer es: "cualquier acto o amenaza de violencia basada en género que tenga como consecuencia, prejuicio y/o sufrimiento de la salud física, sexual o psicológica de la mujer".

Corsi,^{3(4-C)*} define como violencia doméstica: una de las formas de la violencia de género, es decir, a la que tiene lugar en el espacio doméstico (concepto que no alude exclusivamente al espacio físico de la casa o el hogar). Entendiendo por -espacio doméstico- al delimitado por las interacciones en contextos probados. De este modo, la violencia puede aparecer en una relación de noviazgo, una relación de pareja,

^a Psicólogos adscritos al Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología, Isidro Espinosa de los Reyes (INPerIER).

Correspondencia: M. Consuelo Henales-Almaraz
Departamento de Psicología del INPerIER, Montes Urales 800,
Col. Lomas de Virreyes, C.P. 11000, México, D.F.
Correo electrónico: henales_consuelo@yahoo.com.mx

Recibido: 11 de diciembre de 2006.
Aceptado: 9 de febrero de 2007.

* Los números y las letras entre paréntesis corresponden a los Niveles de Evidencia y a los Grados de Recomendación, respectivamente, propuestos por la Red de Guías Intercollegiales Escocesas (SIGN 2004). Ver: Aldana-Calva E, Gómez-López ME. Criterios para la Elaboración de las Guías de Intervención Psicológica. Perinatol Reprod Hum 2007; 21: 11-21.

con o sin convivencia, o los vínculos con ex parejas. En tanto subforma de la violencia de género, los objetivos de la violencia doméstica son los mismos: ejercer control y dominio sobre la mujer para conservar o aumentar el poder del varón en la relación.

Torres,^{17(4-C)} refiere la violencia como un fenómeno universal con características y consecuencias particulares de cada cultura. Para el estudio y comprensión de la violencia doméstica se clasifica en varios tipos: violencia psicológica, física, sexual y económica.

Violencia psicológica

Es el patrón de conducta consistente en actos u omisiones repetitivos, cuyas formas de expresión pueden ser prohibiciones, coacciones, condicionamientos, intimidaciones, amenazas de ejercer otras formas de violencia, actitudes devaluadoras, de abandono y que provocan en quienes las reciben, deterioro, reducción o afectación en la estructura de la personalidad, afectándose gravemente la autoestima.

Violencia física

Todo acto de agresión intencional repetitivo en el que se utilice alguna parte del cuerpo, algún objeto,

Tabla 1
Prevalencia de Violencia Doméstica

País	Porcentaje de violencia relación embarazo de pareja	
Argentina	40	n.d.
Brasil	25 a 50	n.d.
Colombia	19	n.d.
Guatemala	50	n.d.
Nicaragua (Ellsberg,2000) ⁴	52	31 a 33
Canadá (McLeod,1987) ²¹	27	7 a 17
Estados Unidos (Helton,1987) ¹⁷	29	8
Inglaterra	25	3
China (Guo SF y col.2004) ²²	12.6	4.3
India	12	12
Tailandia	20	n.d.
Uganda	41	n.d.
República Dominicana	23	6
México (Castro, 2004) ⁴	35 a 52	27 a 32
INPerIER (Morales CF, 2006) ⁶	18.8	21.5

Fuente: Elaboración propia, a partir de referencias: 4, 6, 17, 21.

n.d.: no disponible

arma o sustancia que inmoviliza y causa daño a la integridad física del otro.

Violencia sexual

Patrón de conducta consistente en actos u omisiones reiterados y cuyas formas de expresión pueden ser: negar las necesidades sexo-afectivas, inducir a la realización de prácticas sexuales no deseadas o que generen dolor, practicar la celotipia para el control, manipulación o dominio de la pareja.

Violencia económica

Se refiere al manejo de los recursos materiales, como dinero o bienes, para controlar y someter a la otra persona. En el caso de la violencia económica dentro de la esfera familiar, la pareja suele romper o regalar objetos de su pareja. También se pueden observar actos violentos de omisión, como por ejemplo, privar a la pareja de los medios necesarios para satisfacer sus necesidades básicas.

¿CUÁL ES LA PREVALENCIA DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA EN MÉXICO Y EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA?

En México se informa una prevalencia de la violencia doméstica de entre 32 y 57%⁴⁽²⁺⁺⁾ para cualquiera de sus manifestaciones (psicológica, sexual, física y económica) y para cualquiera de sus rangos de intensidad (leve, moderada o severa). La elevada prevalencia formada sugiere que la violencia doméstica es uno de los principales problemas de la dinámica familiar y social en el entorno nacional. Esta violencia también se presenta en la mujer embarazada. Castro,⁴⁽²⁺⁺⁾ documenta que no existen diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de violencia contra las mujeres, antes y posteriores al embarazo, manteniéndose en un intervalo de 27 a 32%.

Por su parte, Valdez-Santiago^{5(VIIIIC)} informó que la prevalencia de la violencia doméstica es de 44% en las zonas rurales y de 57% en las zonas urbanas y periurbanas.

Sin embargo, es difícil fijar con precisión la prevalencia de violencia doméstica, ya que en la mayoría de los casos las víctimas no informaron el ilícito y cuando lo hacen, es sólo cuando ocurre un evento grave, esta decisión es consecuencia de un proceso largo en la interrelación de la pareja y la familia. En la



tabla 1 se muestra un panorama internacional de la incidencia de la violencia doméstica y en mujeres embarazadas.

Prevalencia de violencia doméstica encontrada en una muestra de pacientes del Servicio de Consulta Externa del Instituto Nacional de Perinatología ⁶⁽²⁾

La violencia doméstica es considerada como un problema de salud pública y, es por esto que es necesario identificar la prevalencia de la violencia doméstica en la población del INPerIER para entender el fenómeno, planear la intervención terapéutica y dar recomendaciones al equipo médico. La violencia en sí misma es un problema grave que merece atención, y si a esto se agrega la atención de un evento reproductivo de alto riesgo (como sucede en esta institución), no sólo está en peligro la paciente (que de hecho lo está siempre), sino la salud y la vida del producto.

Como se mencionó anteriormente, la prevalencia de la violencia se obtuvo a partir de un estudio de tipo observacional, transversal y descriptivo, que arrojó los siguientes datos (Tabla 2): La incidencia de violencia doméstica fue de 18.8%, en una muestra tomada al azar de 277 pacientes que acudieron al Servicio de Consulta Externa, el cual atiende a

pacientes de alto riesgo de las especialidades de Ginecología y Obstetricia. A las participantes se les aplicó una encuesta de 29 preguntas y posteriormente fueron entrevistadas por un psicólogo clínico que confirmó los casos positivos. En la tabla 2 se observan los datos de la violencia doméstica por tipo de paciente y la prevalencia observada. Otro dato que puede dar elementos para el análisis de los factores interviniéntes en la violencia doméstica, es si los hijos fueron planeados o no. Dentro de los mitos que se manejan en la sociedad, los hijos (se piensa) funcionan como protectores contra la violencia, pero en la vida familiar cotidiana son un elemento estresor importante, sobre todo cuando son pequeños. En la investigación fue importante esclarecer, si tenía alguna relación la aparición o incremento de la violencia doméstica con la planeación, deseo y aceptación del hijo (Tabla 3).

¿CUÁLES SON LOS FACTORES ASOCIADOS CON LA VIOLENCIA DOMÉSTICA?

La violencia doméstica tiene múltiples causas o factores que contribuyen a la complejidad del fenómeno. Estos factores (psicológicos, interrelacionales, sociales, ideológicos, legales y de salud pública) se pueden separar y analizar en lo

**Tabla 2
Prevalencia de Violencia Doméstica en una muestra de 277 pacientes que acudieron al Servicio de Consulta Externa, INPerIER ⁶⁽²⁾**

Violencia	Ginecológicas	Obstétricas	Total (%)
Sí	9 (11.7%)	43 (21.5%)	52 (18.8)
No	68 (88.3%)	157 (78.5%)	225 (81.2)
Total	77	200	277 (100)

$\chi^2 = 2.89$; $p = 0.08$

**Tabla 3
Pacientes con y sin violencia que planearon su embarazo, Servicio de Consulta Externa INPerIER**

Violencia	Pacientes que planearon su embarazo			Total
	Sí	No	No contestó	
Sí	6 (11.5%)	35 (67.3%)	11 (21.2%)	52 (100%)
No	48 (21.3%)	72 (32%)	105 (46.7%)	225 (100%)
Total	54	107	116	277

teórico, pero son dinámicos e interactúan e influyen con diferente intensidad y tornan mucho más complejo el fenómeno de la violencia.⁷⁽²⁾

Factor intrapsíquico

Este factor favorece la violencia cuando existe poca claridad en las emociones, falta de recursos para su expresión, falta de control, falta de límites, autoestima baja, tipo de afrontamiento, assertividad negativa, significado de la violencia y trastorno de la personalidad o rasgos de carácter. Las características mencionadas de este factor son individuales, así que habrá que conocer las de ambos participantes en la relación violenta.

Factor interrelacional

Este factor se refiere a la dinámica o forma de relación que se da entre dos personas y la combinación de sus características intrapsíquicas; y que en el caso de establecerse una relación asimétrica en la pareja, favorecerá la aparición de una relación violenta.⁸⁽⁴⁾

Ideológicos

El factor ideológico contribuye de forma importante a la conformación de la identidad y rol de género. Es desde lo ideológico que se acepta el poder y el control del género masculino, asumido por hombres y mujeres, lo que favorece en forma determinante la aparición de la violencia doméstica.

Factor social

Contiene al factor ideológico y se encarga de generar y fomentar la diferencia asimétrica de la interrelación de hombres y mujeres. Esto es lo que acontece con mayor frecuencia, pero también se da entre otros grupos, como ancianos y niños. Los elementos fundamentales de la asimetría son: el poder, el sometimiento y el control que se ejerce, lo cual origina la violencia. El factor social se ha encargado de que el fenómeno de la violencia parezca natural, lo que hace más difícil su abordaje.

Legales

En este factor se refleja la concepción ideológica de género, la cual influye directamente en la construcción de las leyes que generalmente son creadas con sesgos importantes y con desventaja en su ejecución para grupos débiles y vulnerables, como mujeres, niños y

ancianos. Su atraso y desventaja se muestra por lo general, en su concepción y ejecución en la sociedad.

Aunque la violencia doméstica en nuestra cultura se da con el sesgo de género, donde el poder y el control lo ejercen los hombres, en lo intrapsíquico, los hombres y también las mujeres son capaces de ejercer la violencia.

Navarro,⁸⁽⁴⁾ menciona que la violencia en la pareja es un fenómeno construido por la colaboración activa del agresor y del agredido. Obviamente no se trata de excusar a nadie, sino de señalar qué hace uno y qué el otro, con la intención de definir qué parte tiene cada uno en su generación y control. El autor cree que la responsabilidad última descansa en quien agrede, ya que siempre es posible elegir otra forma de controlar la situación en forma distinta, a poner en peligro la integridad física de la otra persona.

Refiere Stith,⁹⁽⁴⁾ con respecto a la aceptabilidad de la violencia, que los medios de comunicación de masas, el gobierno y la sociedad en general, influyen sobre los valores y creencias de cada individuo, y sobre la alta incidencia de violencia en la televisión, en las películas, en los sistemas legales y gubernamentales, en las comunidades y sobre el índice de violencia en las familias. Straus, citado por Stith,⁹⁽⁴⁾ sugiere que la violencia exhibida en los medios de comunicación cumple con la función de reflejar, tanto el elevado nivel de agresión que existe en la sociedad americana, como el de perpetuar el modelo. Así, las sociedades que toleran, e incluso glorifican la violencia fuera de la familia, serán susceptibles de presentar niveles más elevados de violencia dentro de la misma.

¿CUÁLES SON LAS ALTERACIONES EMOCIONALES PROVOCADAS POR LA VIOLENCIA DOMÉSTICA?

Sintomatología de las pacientes con violencia doméstica^{10,11(4)}

Los siguientes son algunos de los síntomas psicológicos que con mayor frecuencia presentan las víctimas de violencia doméstica:

- 1. Ansiedad Generalizada o aguda:** Producto de una situación de amenaza incontrolable a la vida y a la seguridad personal.
- 2. Depresión.** Que se manifiesta con apatía, indefensión, pérdida de la esperanza, sensación de culpa.

3. Problemática de pareja. Dentro del rubro de la problemática de pareja, se deben explorar los aspectos psicopatológicos de la pareja, tales como:¹¹⁽⁴⁾

- a) Ira descontrolada.
- b) Ansiedad/estrés.
- c) Celos patológicos.
- d) Consumo abusivo de alcohol.
- e) Déficit de assertividad y de comunicación.
- f) Déficit en la resolución de problemas.
- g) Ideas dissociadas sobre la violencia como forma de solución de problemas.
- h) Déficit en autoestima.
- i) Déficit en las relaciones sexuales.
- j) Disfunción sexual. Las mujeres víctimas de la coerción o de violencia sexual por parte de sus parejas, cuando buscan ayuda psicológica, rara vez focalizan sus quejas en las incidentes de agresión sexual, como tales. Más a menudo, las quejas o preocupaciones tienen que ver con el desarrollo de síntomas depresivos, de ansiedad, de problemas con los hijos, de problemas de pareja, etcétera.⁸⁽⁴⁾

4. La pareja ejerce control en alguno o varios de los siguientes aspectos:

- a) Es en extremo celoso.
- b) Controla su forma de vestir.
- c) Delimita qué tipo y con qué amistades se puede relacionar la pareja.
- d) Controla por medio de los recursos económicos.
- e) Induce sentimientos de lástima.
- f) Es impulsivo e intolerante.
- g) Acusa injustamente a la pareja de coquetear, salir o verse con otros hombres. La acusa de “acostarse con otros”.
- h) Se muestra protector y paternal.
- i) Impone reglas sobre la relación. No expresa ni habla acerca de lo que piensa o desea, pero pretende que ella adivine todo lo que le sucede y actúe de manera satisfactoria, sin que él deba molestarse por comunicar nada.
- j) Su forma de expresarse es grosera; constantemente utiliza palabras vulgares y

habla en términos de acciones. Es fundamental recordar que un alto índice de violencia verbal, pronostica actos de violencia física a corto plazo o mediano plazo.

Corsi,³⁽⁴⁾ recomienda explorar con puntuidad este síntoma, ya que se puede detectar el tipo de violencia (económica, sexual, física y psicológica) y algunas de sus causas: el proceso; el momento de aparición; si la violencia es unidireccional o interrelacional, esto es, que sólo uno de los miembros –ya sea el hombre o la mujer– ejerzan violencia sobre el otro; o bien, que exista violencia cruzada (en donde ambos miembros de la pareja emplean conductas agresivas, como modalidad vincular).¹²⁽⁴⁾

5. Dependencia emocional del hombre dominante: Estos síntomas son vividos en el marco de una violencia repetida, siendo una variante de los síntomas de estrés postraumático.

6. Pérdida de la autoestima.

7. Sentimientos de culpa: están relacionados con las conductas que la víctima ha realizado para evitar la violencia, pueden referirse a conductas concretas que realiza la víctima o a la personalidad, es decir, a la forma de ser.

8. Aislamiento social, explorar redes de apoyo familiares, sociales, institucionales.

9. Falta gradual de actividades lúdicas.

10. Maltrato en la familia de origen.

11. Síntomas de estrés postraumático. Ver Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, por sus siglas en inglés).^{13(VIIIB)}

12. Trastorno psiquiátrico: de la personalidad, del estado de ánimo, relacionado con sustancias, de ansiedad, del sueño, adaptativos: ver DSM-IV.^{13(VIIIB)}

13. Síntomas físicos o médicos que evidencian violencia doméstica:¹⁴

- a) Sangrado vaginal.
- b) Trauma abdominal.
- c) Hemorragia.
- d) Exacerbación de enfermedades crónicas.
- e) Complicaciones durante el parto.
- f) Retraso en el cuidado prenatal.

- g) Aborto espontáneo.
- h) Bajo peso al nacer.
- i) Ruptura de membranas.
- j) Placenta previa.
- k) Infección uterina.
- l) Magulladuras del feto, fracturas y hematoma.
- ll) Muerte.

RECOMENDACIONES PARA REALIZAR LA HISTORIA CLÍNICA

Durante la historia clínica, es necesario explorar los siguientes aspectos:

1. Explorar a profundidad la problemática de pareja: explorar la formación de la pareja, su estructura, dinámica y tipo de comunicación, también el tipo de relación de pareja que ha mantenido con la actual u otras parejas a lo largo de su vida.
2. Explorar los síntomas de la pareja y las redes de apoyo familiar, social, institucional y laboral; ya que las redes de apoyo serán fundamentales y habrá que reconstruirlas para salir del círculo de la violencia doméstica.

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA A LAS PACIENTES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA?

Herramientas

Al ingreso de la paciente al Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes”, se le aplica el instrumento de tamiz de Castro 2004,⁴⁽²⁾ adecuado⁶⁽²⁾ para la detección de violencia doméstica. Éste es un cuestionario de autoaplicación que consta de 29 preguntas. Si la paciente es definida como caso de acuerdo con el instrumento, se canaliza al Departamento de Psicología, para que se le realice una entrevista clínica, a partir de la cual se emite un diagnóstico y se determina el tratamiento a seguir.

Otras formas de detección son las siguientes: si durante la consulta el médico encuentra datos y/o evidencias que le hagan sospechar que la paciente es víctima de violencia doméstica solicita una interconsulta con el Departamento de Psicología; otra posibilidad es cuando la paciente refiere ser víctima de violencia doméstica y pide ayuda

psicológica; y finalmente, cuando por algún evento generado por la violencia doméstica, se produce una alteración en el estado físico de la paciente o del producto, lo que ocasiona alguna complicación médica durante la consulta, por la cual es referida al Departamento de Psicología. Durante la interconsulta psicológica se realiza la aplicación del instrumento y la entrevista clínica confirmatoria.

Durante la entrevista clínica se realizan diversas intervenciones psicológicas que clarifiquen, contengan, informen y, en consecuencia, tranquilicen a la paciente, tales como: ampliación de la conciencia de sí, de su padecimiento médico, de la violencia y la atención de las reacciones emocionales.¹⁶

La entrevista se estructura bajo la siguiente metodología:¹⁵⁽⁴⁾

1. Anamnesis, examen mental y padecimiento médico en conjunto.
2. Diagnóstico multiaxial y evaluación de las funciones y recursos psicológicos.
3. Apertura temática y espacio catártico.
4. Intervención acorde a la reacción psicológica.
5. Delimitación de las alternativas terapéuticas.
6. Recomendaciones e indicaciones al equipo de salud.
7. Recomendaciones e indicaciones a trabajo social.
8. Pronóstico de la paciente.

Diagnóstico

Una vez realizada la entrevista, el clínico cuenta con la siguiente información diagnóstica:

1. Estado general de las funciones mentales, posibles alteraciones secundarias a organicidad o causa médica.
2. Espectro sintomático.
3. Origen y evolución del conflicto.
4. Conflicto agudo o crónico, individual y de pareja.
5. Evento desencadenante externo o simbolizaciones de origen interno que representan un conflicto intrapsíquico.
6. Congruencia, pertinencia e intensidad de las manifestaciones emocionales.
7. Funcionamiento psicodinámico general.
8. Líneas caracterológicas primarias y estrategias de defensa.

Para el diagnóstico de violencia doméstica, hay que ampliar la exploración en el área interrelacional, puntualmente en el subsistema de pareja, en la conformación, relación con la familia de origen de ambos, diferenciación e independencia, contrato implícito y explícito, roles, límites, estilo de comunicación y la eficacia de éste.

Criterios para establecer el diagnóstico de violencia doméstica

Se diagnostica como violencia doméstica cuando:

1. El resultado del instrumento de tamiz es positivo.
2. Se encuentran los síntomas mencionados en el apartado de síntomas.
3. Existen evidencias del maltrato, ya sea por lo que refiere la paciente o se detecta indirectamente por los síntomas o datos clínicos encontrados:
 - a) Insultos y humillaciones.
 - b) Presencia de golpes.
 - c) Amenazas de daño físico.
 - d) El grado de control que se ejerce sobre la paciente.
 - e) Evidencias de ejercicio de fuerza en el área sexual.
 - f) Control y limitación en la economía de la paciente.
 - g) Detección del “síndrome de mujer maltratada”.¹⁷⁽⁴⁾ Éste se cumple cuando las mujeres maltratadas viven una situación de terror y angustia que se ha denominado precisamente así (síndrome de la mujer maltratada). Los rasgos más característicos son: culpabilidad, baja autoestima, confusión, incapacidad de concentración, trastornos en la hábitos alimenticios y del sueño, sensación de no poderse comunicar con los demás, disfunciones sexuales, timidez, depresión furia o miedo prolongado.
 - h) Es fundamental contextualizar los puntos mencionados e indagar el significado de la violencia para la víctima, para así entender el impacto que ésta tiene en la paciente y determinar la intensidad (leve, moderada, grave) de la afectación. El origen de los síntomas de violencia

doméstica atienden a un evento externo concreto y real, pero los síntomas o datos clínicos se verán matizados por el carácter o la existencia de alguna psicopatología.

Diagnóstico diferencial

En el DSM-IV se considera a la violencia doméstica dentro de los problemas relacionados con abuso o negligencia y como un problema interrelacional. Este apartado incluye categorías que deben utilizarse cuando el objeto de atención clínica es resultado de un maltrato grave de una persona por otra, utilizando el abuso físico, el abuso sexual o la negligencia.

Estos problemas se incluyen porque son objeto de atención clínica frecuente entre las personas visitadas por los profesionales de la salud. En la codificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Novena Modificación Clínica (CIE-9-MC) se aplica el código V, apropiado para determinar si el objeto de atención es sobre la persona que ha perpetrado el abuso o la negligencia o sobre la unidad relacional en la que ocurre. Si la persona atendida o tratada es la víctima del abuso o la negligencia, se codifica 995.5 para niños, o 995.81 para adultos.

Como se refiere en el DSM-IV,¹³ estos problemas pueden exacerbar o complicar el tratamiento de un trastorno mental, o de una enfermedad médica en uno o más miembros de la unidad relacional, pueden ser el resultado de un trastorno mental o de una enfermedad médica, pueden ser independientes de otros trastornos presentes, o pueden aparecer en ausencia de cualquier otro trastorno. Cuando estos problemas son el objeto principal de atención clínica, debe codificarse en el Eje I. Por otro lado, si existen, pero no son el objeto principal de la atención clínica, pueden codificarse en el Eje IV.

Uno de los elementos que explican la violencia de género son los trastornos psiquiátricos, para la comprensión del fenómeno es necesario contar con una visión multidimensional.

Para el diagnóstico de la violencia doméstica, las manifestaciones emocionales corresponden a un evento real que las provoca. Esto nos permite diferenciar entre algunos trastornos: como el de angustia, el depresivo mayor, el de personalidad y el trastorno por estrés postraumático.

En la paciente víctima de violencia doméstica se presenta una angustia crónica, que responde al miedo

constante a una persona y/o a un evento de violencia real; a diferencia de lo que ocurre en el trastorno de angustia, en donde ésta aparece aparentemente sin ningún motivo, aunque también los hay relacionados a estímulos relacionales y estímulos ambientales.

Para el diagnóstico de depresión mayor, habrá que diferenciar entre los datos clínicos depresivos provocados por la exposición a la violencia crónica, que responden a un evento real y que si llegará a desaparecer tal evento, estos datos clínicos también desaparecen con él. No se descarta que en algunos casos el trastorno depresivo mayor esté presente en uno o ambos miembros de la pareja, además de la violencia doméstica.

En el caso del estrés postraumático, éste es provocado por un evento no esperado que rebasa la capacidad psíquica para responder a tal acontecimiento. En la violencia doméstica, los efectos se tornan crónicos, y, por lo tanto, en un evento traumático esperado. La sintomatología por violencia doméstica responde a un evento real esperado, traduciéndose en miedo y/o terror.

Cuando existe violencia doméstica hay que explorar en ambos miembros de la pareja si hay trastorno psiquiátrico, en caso positivo, es fundamental conocer la historia familiar en el rubro de la violencia, ya que Pedreira,¹⁸⁽²⁾ menciona que las enfermedades psiquiátricas están asociadas a la violencia doméstica y al maltrato infantil:

- **Psico(pato)logía en los padres maltratadores. Figuras parentales:**

1. Trastornos graves de la personalidad.
2. Psicosis esquizofrénicas.
3. Trastornos afectivos/humor.
4. Abuso de alcohol/drogas.
5. Retraso mental.

- **Psico(pato)logía en los maltratados:**

1. Autismo/psicosis.
2. Retraso mental.
3. Trastorno del comportamiento y trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).
4. Trastornos afectivos/humor.
5. Trastorno vinculares.
6. Minusvalías físicas y/o sensoriales.

¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO MÁS ADECUADO PARA LAS PACIENTES QUE SUFREN VIOLENCIA DOMÉSTICA?

La propuesta parte de un modelo de comprensión de la dinámica de la mente, el cual se apoya en la comprensión y observación fenomenológica como evidencia del estado emocional, por tanto, las intervenciones se fundamentan en la dinámica psicológica e interrelacional, el tipo de diagnóstico, los alcances y objetivos institucionales y terapéuticos, así como en el discurso de la paciente. (Morales CF 2005).¹⁵

Psicoterapia de grupo

Consiste en la formación de grupos de pacientes en donde se interviene para elevar sus recursos psicológicos para mejorar su autocuidado y del producto, clarificando el área emocional y cognitiva, recobrando la confianza en sus percepciones y juicio, aumentando sus habilidades específicas de afrontamiento, de interrelación y recuperando así sus redes de apoyo, reconstruyendo la autoestima para recuperar el control de su vida elevando también la adherencia terapéutica en la propia psicoterapia y tratamientos médicos.

Se realiza un número de 10 a 15 sesiones, o hasta la resolución del embarazo o evento. Por lo general se organiza una sesión semanal de 90 minutos.

Tratamiento bimodal

Cuando la violencia doméstica se asocia con algún trastorno psiquiátrico, se valora para un tratamiento bimodal en el que se considera:¹⁹⁽⁴⁾

1. Semana de gestación si la paciente está embarazada y tipo de medicamento.
2. Se recomienda en sintomatología afectiva grave, que incluya ideación o rumiación suicida.
3. Estados ansiosos que complican la intervención médica y son irreductibles a la psicoterapia o intervención psicológica de crisis.

RECOMENDACIONES EN LAS MODALIDADES PSICOTERAPÉUTICAS

Es recomendable conformar el grupo psicoterapéutico de violencia doméstica como un grupo homogéneo de mujeres o de hombres (no formar grupos mixtos). La psicoterapia de pareja no está indicada, ya que la conformación de la relación

violenta tiene implicaciones de identidad de género donde el poder, sometimiento y el control forman parte fundamental de esta dinámica y podrían ser usados con mayor fuerza y peligro con los elementos que se manejan en la terapia. De igual importancia se considera mantener la confidencialidad del caso por la seguridad de la paciente.

Con respecto al número de sesiones, se han señalado los criterios de la intervención que se realizan en una institución de cuarto nivel de atención. Echeburúa¹⁰⁽⁴⁾ refiere que el número de sesiones depende de los objetivos de la terapia.

Objetivos de la intervención en violencia doméstica en una institución de cuarto nivel de atención

- **Objetivo general⁶⁽²⁾.** Dar atención oportuna a las pacientes con violencia doméstica para elevar su capacidad de autocuidado y con ello el del producto, mejorar su estado de salud psicológica e incrementar la adherencia terapéutica, para llevar a término satisfactorio su tratamiento médico y elevar su calidad de vida.

- **Objetivos específicos:**

1. Elevar sus recursos psicológicos para mejorar su autocuidado y del producto:
 - a) Clarificar el área emocional y cognitiva.
 - b) Recuperar la confianza en sus percepciones y juicio.
 - c) Aumentar las habilidades específicas de afrontamiento.
 - d) Resignificar la identidad de género.
 - e) Elevar la autoestima.
 - f) Desarrollar las habilidades para ampliar las redes de apoyo.
2. Elevar la adherencia a los tratamientos médicos.
3. Optimizar la relación costo-beneficio, al disminuir con el tratamiento psicológico adecuado las somatizaciones, y la demanda de consultas de urgencia.
4. Mejorar la relación de pareja, al aumentar sus habilidades de comunicación y de solución de problemas. Esto sucede en los

casos con menor cronicidad, gravedad y cuando ambos miembros de la pareja así lo desean.¹⁰⁽⁴⁾

5. Emitir indicaciones al personal de salud (mantener la confidencialidad de lo que la paciente refiera con respecto a la violencia que sufre, ya que de no hacerse, puede haber riesgos en la integridad de la paciente, si la pareja se entera).

Dutton, citado en Ferreira,¹¹⁽⁴⁾ refiere que los objetivos terapéuticos con las víctimas de maltrato se han centrado en el manejo de la culpabilidad y del déficit de autoestima y en mejorar las relaciones sociales, así como en la expresión especial de la ira y en la terapia de los síntomas específicos presentados. Se trata en último término, de enseñar a la víctima a recuperar las habilidades que le permitan, establecer una nueva forma de vida, enfocada en el desarrollo de la autonomía personal y la recuperación del control.

Pronóstico

Como la causa de la violencia doméstica es multifactorial el pronóstico depende de:

1. Los recursos psicológicos de la paciente.
2. Si tiene algún trastorno psiquiátrico, ella la pareja o ambos, lo cual puede complicar aún más el tratamiento de la violencia doméstica.
3. La cronicidad de la violencia en la relación.
4. Redes de apoyo familiar y social.
5. Etapa del ciclo de vida.
6. Extensión de la violencia a los hijos.
7. Como el fenómeno es multifactorial, el pronóstico también dependerá de los elementos implicados y de la forma en que éstos interactúan.

La violencia es un fenómeno con implicaciones fundamentalmente intrapsíquicas y relacionales, por lo que tendrán que atenderse ambos factores. Esto indica el largo proceso que hay que pasar durante la recuperación de la violencia doméstica.

Criterios de alta en una institución de cuarto nivel de atención

1. Cuando se resuelve el evento médico, en este caso se canaliza a una institución especialista en violencia.

2. Cuando la paciente adquiere la claridad emocional y cognitiva suficiente para su autocuidado y el de su producto.

Limitaciones en la atención de pacientes con violencia doméstica

En la mayoría de las instituciones especializadas en la atención de pacientes víctimas de la violencia de género y doméstica, las pacientes acuden a éstas en busca de ayuda psicológica o médica, ya sea por los daños físicos causados por la violencia o en busca de ayuda legal (obligadas por el miedo a un evento que haya puesto en peligro su vida o la de sus hijos). La realidad de una institución de cuarto nivel de atención especializada en la atención médica de los problemas de reproducción humana, como lo es el INPerIER, es que las pacientes acuden a ella, en primera instancia por buscar atención a su problema médico y no al psicológico (provocado en este caso por violencia doméstica). En su condición de ser una institución de cuarto nivel, le permite ofrecer un servicio integral para llevar a buen término el problema médico, por lo que es necesario dar solución a los obstáculos para la atención médica, derivados de la violencia doméstica. Esta situación eleva la complejidad del abordaje terapéutico, ya que lo que demanda la paciente es la atención a su problema médico y no a los provocados por la violencia. Además, la violencia doméstica tiene un ciclo y dependiendo de la etapa del ciclo de la violencia en que se encuentre la pareja, es que la paciente acudirá con mayor o menor dificultad a la atención psicológica que se le ofrece.

Otra manifestación de la paciente que acude por atención psicológica: es el miedo intenso (sensación congeladora que paraliza) a que su pareja se entere que asiste a un grupo de terapia donde se habla de violencia, ya que representa un riesgo para él en todas las áreas (así es percibido por el agresor), ya que si llega a enterar, ejercerá un mayor control en la pareja para evitar que asista a terapia, este control puede ser físico y/o económico.

En principio, puede parecerle a la paciente que se le complica más la vida si busca atención a su problema de la violencia, ya que con frecuencia su atención e interés está dirigida a la resolución de su problema médico, sin darse cuenta que la violencia pone en peligro su estado de salud y la de su producto; así como, el estado psicológico y la calidad de vida de la paciente y la de toda su familia.

Con respecto al círculo de la violencia Deschner, citado en Navarro,⁸⁽⁴⁾ ha propuesto un modelo:

1. Dependencia mutua.
2. Acontecimiento disruptor.
3. Intercambio de coacciones.
4. Último recurso.
5. Furia primitiva.
6. Refuerzo de la agresión.
7. Fase de arrepentimiento.

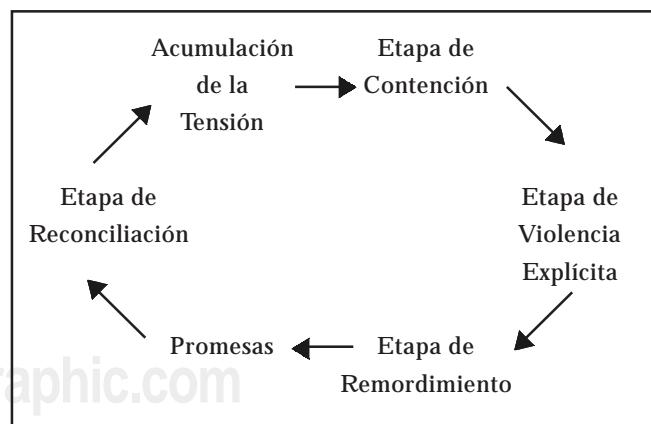
Otra descripción del ciclo de la violencia contra la mujer, es el que propuesto por el *Health Department of Western Australia*.²⁰⁽⁴⁾

Las relaciones violentas siguen un proceso en espiral: (Figura 1) pasan de una etapa de acumulación y contención de la tensión a otra de violencia explosiva; que cierra con una de reconciliación, la cual dura lo que tarda en volver a iniciar el ciclo. La duración de este ciclo es diverso, puede ser desde días hasta años y variar de una persona a otra, por lo que no siempre se cumplen todas las etapas.

RECOMENDACIONES AL EQUIPO DE SALUD

1. Confidencialidad del caso (con respecto a su pareja y familia). Es fundamental porque o la paciente puede verse en serias complicaciones con la pareja y la familia si se enteran que ha comentado con el equipo de salud la violencia de

**Figura 1
Ciclo de la violencia doméstica**



Adaptado de: *Family and Domestic Violence Training Package*. Health Department of Western Australia. 1997.²⁰



- la que es objeto, la cual se puede exacerbar y la seguridad de la paciente puede estar en peligro.
2. Referir a la paciente al Departamento de Psicología para su diagnóstico y tratamiento psicoterapéutico, para coadyuvar en el tratamiento médico favoreciendo la adherencia al tratamiento.
 3. No emitir juicios sobre la conducta de la paciente con respecto a su relación de pareja y la violencia (sepárese, porque lo tolera, denúncielo, péguele, no permita que la controle, usted puede vivir sola, etcétera) por el desconocimiento del estado psicológico de la paciente con violencia y el proceso que tiene que realizar con la terapia antes de tomar decisiones para poder salir de la relación violenta. En la mayoría de ocasiones, los juicios

con respecto a que deben hacer ellas, les genera entre otros malestares a las pacientes: ansiedad, miedo, culpa, vergüenza e impacta la autoestima, por fallas en la asertividad, lo que impide la adherencia al tratamiento médico.

4. Tratamiento multidisciplinario: como la etiología de la violencia es multidimensional y multifactorial, se necesita un equipo para abordar todos los aspectos que se deben atender cuando existe violencia doméstica.
5. Canalización a instituciones especializadas en el tema: cuando concluye el evento reproductivo se tendrá que canalizar a instituciones especializadas que le den seguimiento al fenómeno de la violencia doméstica.

ABSTRACT

This paper offers a guide for psychotherapeutic intervention with patients who suffer from domestic violence (in a medical institution). Domestic violence is a problem which relates to public health and affects the psychological being of the patient, it also puts in risk the women's physical integrity, and in the case of pregnant women, the baby's as well. On the other hand it also affects the therapeutic adherence and the cost-benefit relation in an institution. This guide has been made regarding the number of cases of domestic violence in Instituto Nacional de Perinatología, "Dr. Isidro Espinosa de los Reyes", (INPerIER), these being of 18.77%, information that has been gathered from an observational, transversal and descriptive study, also taking into account, clinical observation and bibliographic revision, which have provided useful information. This guide will be useful in making differential diagnostics, defining treatments and giving recommendation to medical personnel when treating patients who suffer from domestic violence.

KEY WORDS: *Domestic violence, institutional psychotherapeutic intervention, violence diagnosis, violence symptoms.*

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud: Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (Documento 588 WHO/PHA) Washington; 2003.
2. ONU. Report of the working group on violence against woman. Economic and Social Council. Organización de las Naciones Unidas. Viena; 1992.
3. Corsi J. (compilador). Maltrato y abuso en el ámbito doméstico. Buenos Aires: Paidós; 2003.
4. Castro R. Violencia contra mujeres embarazadas. Tres estudios sociológicos. Cuernavaca UNAM. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias; 2004.
5. Valdez-Santiago R, Sanin-Aguirre L. La violencia durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. Salud Pública México 1996; 38: 352-62.
6. Morales CF, Henales AC, Espíndola JG, Brull-Jiménez A. Estudio de prevalencia de la violencia doméstica en mujeres con evento reproductivo. Protocolo de Investigación, INPer No. de registro: 21225-48531. Instituto Nacional de Perinatología, Isidro Espinosa de los Reyes (Datos no publicados); 2006.
7. INEGI. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003. ENDIREH. Tabulados básicos. México, D.F.: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática; 2004.
8. Navarro-Góngora J, Pereira-Miragaya J. (compiladores). Parejas en situaciones especiales. Terapia Familiar. Barcelona: Paidós; 2000.
9. Stith SM, Williams MB, Rosen K. Psicosociología de la violencia en el hogar. Bilbao: Edit. Desclée de Brouwer; 1990.
10. Echeburúa E, Paz C. Manual de violencia familiar. España: Siglo XXI; 1998.
11. Ferreira, Graciela B. Hombres violentos, mujeres maltratadas: aportes a la investigación y tratamiento de un problema social. Buenos Aires: Edit. Sudamericana; 1992.
12. Corsi J, Domen L, Sostés MA, Bonito-Méndez L. Violencia masculina en la pareja, una aproximación al diagnóstico y a los modelos de la intervención. 3a. Reimp. Buenos Aires: Paidós; 2004.
13. Diagnostical and Statistical Manual: Mental Disorders (DSM-IV). American Psychiatric Association. Committee of Nomenclature and Statistics. Masson. Barcelona, España: 1996.
14. Newberger EH, Barkan SE, Lieberman ES, McCormick MC, Yllo K, Gary LT, Schechter S. Abuse of pregnant women and adverse birth outcome. Current knowledge and implications for practice. JAMA 1992; 267: 2370-2.
15. Carmona-Morales F, Díaz E, Espíndola JG, Henales C, Meza P, Mota C, et al. Concepto de salud psicológica. Temas selectos de Orientación Psicológica, creando alternativas. Vol. 1. Universidad Iberoamericana: Manual Moderno; 2005, 48-61.
16. Espíndola JG. Comprensión Psicodinámica y Propuesta de Intervención Psicoterapéutica para el Paciente Hospitalizado de Instituciones no Psiquiátricas. Tesis de maestría. Centro ELEIA; 2005.
17. Torres-Falcón M. La violencia en casa. México: Paidós Croma; 2001.
18. Pedreira JL. La infancia en la familia con violencia: factores de riesgo y contenidos psico(pato)lógicos. Psiquiatria.com. 2003; 7(4).
19. Figueroa G. Psicopatología y Farmacología en el tratamiento de la depresión mayor. Rev Chil Neurol Psiquiatr 2002; 40: 75-95.
20. INMUJERES. Manual de capacitadores y capacitadoras para el personal de salud. Prevención y atención de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. México, D.F.: Secretaría de Salud. Instituto Nacional de las Mujeres; 2003.
21. Mc Leod L. Battered but not beaten. Preventing wife battering in Canada. Ottawa, Canada: Canadian Advisory Council of the Status of Women; 1987.
22. Gou SF, Wo JL, Ou Cy, Yau RY. Domestic abuse on woman in China before, during, and after pregnancy, Chin Med J 2004; 117(3): 331-6.