



12 artículo

Cristina Polo Usaola [[Buscar autor en Medline](#)]
Marisa López Gironés [[Buscar autor en Medline](#)]



Atención psicológica a la mujer víctima de malos tratos.

[Ver resumen y puntos clave](#)

[Ver texto completo](#)

[Volver al sumario](#)

Texto completo

¿Por qué resulta tan difícil el abordaje de una mujer maltratada en el ámbito sanitario?

A pesar de que numerosos estudios ponen de manifiesto que las mujeres maltratadas acuden con más frecuencia que la población general a los servicios sanitarios, particularmente a Atención Primaria, a Servicios de Urgencias y a Servicios de Salud Mental, existen numerosos obstáculos relacionados con el profesional, la víctima y el proceso de tratamiento, que dificultan la detección y la intervención.

Dificultades en relación con los profesionales

Por parte de los profesionales, las dificultades se relacionan, entre otras, con: falsas creencias y prejuicios que minimizan los efectos de la violencia; consideración de que la intervención en cuestiones de violencia (salvo las consecuencias físicas directas) es un tema que concierne a la ley y a los servicios sociales; sensación de incapacidad y falta de formación para poder orientar y tratar estas situaciones en el escaso tiempo disponible en consultas; actitudes defensivas ante el temor de que las víctimas realicen "acusaciones falsas", y situaciones contratransferenciales, de las que hablaremos más adelante.

Dificultades relacionadas con el proceso:

Es importante tener en cuenta que la violencia en la pareja no suele comenzar de modo repentino. Aunque las estrategias que utiliza el maltratador son muy variadas, describimos algunos ejemplos de gestación de una relación de maltrato, que pensamos pueden ser ilustrativos para entender la complejidad de estos procesos. Al comienzo de la relación suelen predominar **tácticas coercitivas sutiles**: por ejemplo, persuadir a la mujer para que abandone relaciones con sus amigos o familiares, argumentando "que pasa poco tiempo con él" o que "esas relaciones no la favorecen"; sugerir que abandone el trabajo o estudios; controlar gastos económicos; control del tiempo (por ejemplo, llamadas frecuentes al móvil, necesidad de saber dónde está la mujer en todo momento); acusaciones de coqueteo o infidelidad, etc. Poco a poco van añadiéndose **descalificaciones, humillaciones** en público, etc. En estas primeras fases, la mujer no suele ser consciente de que lo que le está ocurriendo se relaciona con la gestación de un proceso de maltrato. Además, estas conductas suelen alternar con otras en las que el agresor se muestra amable y solícito y expresa que su comportamiento tiene que ver "con que desea lo mejor para ella". El efecto que estas conductas tienen en las mujeres, es una merma de su autoestima y un aumento de sus sentimientos de inutilidad y culpabilidad por ser incapaz de mantener una relación satisfactoria. Este déficit de autoestima hace que la mujer tenga cada vez más dificultades para detectar que está siendo maltratada y, en el caso de que lo detecte, su inseguridad y sentimientos de incapacidad le harán creer que no es capaz de poner fin a la relación. Con el tiempo van aumentando las descalificaciones, humillaciones, agresiones verbales y desautorizaciones delante de los hijos y de otras personas del entorno. Pueden añadirse rotura de objetos, agresiones a animales de compañía, amenazas y todo tipo de agresiones físicas y sexuales. Las expresiones de arrepentimiento, perdón y "sentimientos de no poder vivir sin ella" provocan aún más desconcierto y confusión en la mujer y le hace creer en un posible cambio. En función de la fase del proceso en el que esté la mujer, el acercamiento al profesional sanitario va a ser distinto.

Dificultades relacionadas con las víctimas:

bibliografía

1. Sluzki C. Violencia familiar y violencia política. En: D.Fried Schnitman (ed) Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad. Paidós. Buenos Aires, 1994.
2. Vázquez B. Evaluación Psicológica de la mujer maltratada. Clínica y Salud.1999.10(3) 377-391
3. Documentos Técnicos de Salud Pública, nº86. La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública. Instituto de Salud Pública. Madrid, 2003.
4. Polo Usaola C. Maltrato a la mujer en la relación de pareja: factores relacionales implicados. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina. Universidad de Alcalá. Madrid, 2001.
5. Hirigoyen M.F. Mujeres maltratadas. Los mecanismos de la violencia en la pareja. Paidós Contextos. Barcelona, 2005.

[Ver más](#)

enlaces

No hay enlaces de interés



En las primeras fases es frecuente la falta de reconocimiento del abuso. Más adelante, aunque la mujer sea consciente de ser abusada, es habitual que muestre resistencias a comentar su situación con el profesional sanitario. Estas resistencias se relacionan, entre otros factores, con la vergüenza y la culpa que les produce ser maltratadas por su pareja. Además, las víctimas pueden sentir miedo a posibles represalias del agresor. La propia dinámica del maltrato provoca en las víctimas desestabilización, confusión, y ambivalencia, lo que les lleva a soportar situaciones extremas, a veces manifestando "amor" al agresor y deseos de ayudarlo. En los profesionales, esta "justificación" del agresor y esta ambivalencia en el relato de las víctimas, produce dificultad para entender el proceso y errores en el abordaje terapéutico. Aunque las personas que son víctimas de relaciones violentas lleguen a una consulta y no hagan referencia a las violencias padecidas, la detección y la asistencia oportuna y apropiada es una responsabilidad de los profesionales. Más allá de la evidencia de lesiones físicas, existen violencias simbólicas que son inculcadas socialmente y que han sido asimiladas por las personas e instituciones.

Dificultades relacionadas con los efectos que el maltrato produce en la salud mental de las víctimas:

Pasamos a describir más pormenorizadamente algunos de los síntomas que pueden encontrarse en mujeres maltratadas (aunque expliciten o no el maltrato) en relación con el tipo de estrategia usada por el agresor:

- Cuando las conductas de maltrato de baja intensidad se transforman en habituales, se produce el fenómeno de **naturalización de la violencia**. Las mujeres se "habitúan" a ser humilladas, a no tomar decisiones, etc. Desde un punto de vista psicopatológico son frecuentes cuadros distímicos, síndromes ansiosos, somatizaciones diversas...En estos casos, las mujeres no suelen relacionar sus síntomas con su situación de abuso (es infrecuente el autorreconocimiento de maltratadas) y suelen tener una imagen de sí mismas desvalorizada y justificar al agresor.
- Cuando las amenazas y demás actitudes violentas son intensas y persistentes, la víctima con frecuencia incorpora estos sistemas de creencias como un modo defensivo frente a la amenaza potencial que implicaría diferenciarse. Esta situación puede provocar que cuando se la intente ayudar, su reacción sea exponer que "ella es culpable de lo que le sucede" y no acepte ayuda. En muchos casos retiran las denuncias que formulan y la actitud con los profesionales es de oposición, culpabilizando al entorno y a las figuras que le han protegido de haberse entrometido en su intimidad. Suelen provocar desgaste en los profesionales que les atienden. Estas manifestaciones pueden confundirse con trastornos de personalidad.
- Si las experiencias aterradoras son extremas y reiteradas, el efecto es el **"entumecimiento psíquico"** en el que las víctimas se desconectan de sus sentimientos y se vuelven sumisas (Sluzki, 1994)¹. La justificación de la conducta del agresor y el autocastigo alcanzan niveles máximos. En este sentido, algunos autores (Vázquez, 1999)² describen que una mujer empieza a manifestar características de afectación psicológica debidas a la relación, cuando la identidad de la mujer se encuentra afectada, en el sentido de un no autorreconocimiento que puede a veces confundirse con cuadros de despersonalización.

En muchas ocasiones, las mujeres hablan de una sensación de miedo indefinido y difuso que no son capaces de ponerlo en relación con ninguna circunstancia. Pueden hablar de desconfianza, inseguridad, recelo en las relaciones, etc. lo que nos puede plantear diagnósticos diferenciales con rasgos paranoides de personalidad o trastornos psicóticos.

Intervención en los primeros momentos desde los equipos en atención primaria

La exploración de la posible existencia de maltrato por parte de su pareja, es una práctica recomendable en todas las mujeres que acuden a consultas de atención primaria (Documento Técnico de Salud Pública, 2003)³. Si tras la primera aproximación sospechamos que estamos ante una mujer víctima de violencia, es recomendable continuar la exploración en privado, solicitando al acompañante de forma natural que abandone el despacho. Una vez que estamos a solas con la paciente, es fundamental realizar una escucha activa, intentando empatizar con ella, sin juzgar ni culpabilizar y evitando convertir la entrevista en un interrogatorio.

En caso de que no quisiera hablar sobre ello en esa consulta, es importante comprender que simplemente el dar información sobre la violencia de género a las víctimas, es una intervención terapéutica.

Cuando después de la exploración detectamos signos de maltrato, nuestra intervención debe incluir los siguientes aspectos:

- Transmitir a la mujer que entendemos su situación y vamos a intentar proporcionarle ayuda, de nuestro equipo y de recursos especializados.
- Asegurarle que su relato es absolutamente confidencial y que es preferible que no

- comente con su pareja lo transmitido en nuestra consulta.
- Explicar la alta frecuencia del maltrato y aspectos generales del mismo. Hablar de la trascendencia social del problema y explicar las consecuencias que en la salud mental y en la identidad produce sufrir el trauma: dificultad en reconocerlo, miedo, vergüenza, sentimientos de fracaso, baja autoestima, inseguridad, etc. Es aconsejable explicar a la mujer que ser descalificada, humillada y agredida de modo continuado por alguien con el que ha mantenido una relación afectiva, produce poco a poco un marcado desgaste psicológico, y sensaciones de mucha ambigüedad y confusión en torno a la relación y a una misma. Reconocer el diagnóstico y descubrir que hay un lenguaje para su experiencia y que existen otras personas con experiencias similares es un paso importante.
- Transmitirle respeto por sus decisiones, aunque no estemos de acuerdo con ellas.
- Valorar la situación de riesgo de la mujer y de sus hijos. Para valorar este último punto, conviene realizar preguntas que midan la intensidad de la violencia y el riesgo de nueva agresión. Si observamos riesgo vital, es recomendable aconsejarle que tenga preparado un plan de seguridad por si tuviera que dejar su casa rápidamente. Si ella quiere volver a su casa, programe ya la siguiente cita de seguimiento y facilítele los teléfonos de las asociaciones de mujeres, policía, servicios sociales y de los servicios jurídicos.

Indicaciones de derivación

Una vez detectado el maltrato en una mujer que acude a una consulta de Atención Primaria, está indicada la información y posible derivación a otros recursos, aunque teniendo presente que la derivación no excluye el seguimiento del profesional de atención primaria que ha detectado el caso. Aunque siempre es recomendable la derivación a la Trabajadora Social, la derivación a otros dispositivos va a depender del caso: pueden ser recursos pertenecientes a la red social (recursos de asesoramiento y acogimiento para mujeres maltratadas disponibles en su comunidad), Servicios Sociales, Servicios legales y Policía. Debe preguntarse a la mujer si ella quiere denunciar su situación o si ya lo ha hecho y, si es posible, ponerla en contacto con profesionales pertenecientes a la Policía directamente implicados en la atención de víctimas de violencia. Conviene que la transmisión de la información de estos recursos se haga de forma clara y evitando que la mujer se sienta presionada.

El tipo de actuación que realicemos y la posible derivación va a depender de distintos factores:

- La mujer no se identifica como víctima, pero existen signos y/o alteraciones psicopatológicas que nos hacen pensar que sufre abuso. Ejemplos: Incongruencia en el relato, síntomas crónicos, vagos, fluctuantes sin que puedan asociarse a un diagnóstico definido, cambios emocionales bruscos, disforia, aislamiento social, etc. Si la mujer se muestra claramente evasiva a hablar del tema pero existe una sospecha de abuso, además de transmitir un mensaje de disponibilidad, explicarle características del maltrato y manifestar respeto a su silencio, puede ser de interés orientarla a acudir, además de a trabajadora social, a centros o asociaciones de mujeres, en las que puede encontrar actividades que aumenten su capacidad de autonomía y favorezcan posibilidad de entender lo que les está pasando.
- Toma de contacto con ser víctima: En momentos inmediatos a toma de contacto es frecuente que surjan muchas preguntas: "¿quiero romper? ¿sufro más ahora que cuando no pensaba en ello o cuando no quería verlo?" Es importante acompañar manteniendo el ritmo de la mujer, ayudándola a clarificar su situación pero evitando caer en actitudes paternalistas que tiendan a decidir por ella. En esta fase podemos plantearle derivación a otro recurso (asociaciones de atención de mujeres, talleres de fomento de autoestima, etc) aunque sigamos atendiéndola. Lo prioritario es el mantenimiento de la relación con ella ya que en esta fase es frecuente el abandono de consultas ante el miedo que supone enfrentarse a la situación que vive.
- Tras la primera toma de contacto, algunas mujeres manifiestan que quieren arreglar su relación y sugieren entrevistas de pareja o tratamiento individual para su pareja. Hay que considerar que se pueden cometer distintos errores en estos momentos, ya que, a veces, se distorsiona la percepción de riesgo de la mujer, e incluso suele favorecerse una política de conciliación entre los miembros de una pareja en conflicto de violencia. Estos proyectos conciliatorios no pueden realizarse en una relación donde la asimetría de poder hace imposible el diálogo. Acaban deteriorando la salud mental de las mujeres produciendo situaciones de sobreadaptación a la violencia. En líneas generales, la terapia de pareja está contraindicada en situaciones de violencia. Aunque la mujer manifieste que desea que su pareja sea derivada para tratamiento a servicio de salud mental, hay que transmitirle que esta decisión debe transmitirla él en consulta de forma directa al profesional de Atención Primaria.
- Cuando la mujer expresa deseos de romper pero no sabe como hacerlo, es recomendable derivarla a la trabajadora social del centro o a Servicios Sociales (con derivación directa) prestando especial atención a que reciba orientación general y jurídica y asesoramiento en cuanto a como formular la denuncia, si es que desea denunciar.

- En algunos casos la detección de violencia de género es tardía: La víctima no se encuentra en situación de crisis y puede que haya roto la relación con el agresor hace años; sin embargo, puede presentar secuelas que estén deteriorando su salud física y psíquica. En estos casos, hay que valorar posible derivación a servicios de salud mental en función de los síntomas que presente.

Criterios de derivación a Servicios de Salud Mental:

Con respecto a la derivación de la víctima a Salud Mental, aunque en líneas generales es la gravedad psicopatológica de las secuelas (trastorno por estrés postraumático, depresión grave, ideación autolítica) la que nos debe orientar a la derivación a estos recursos, conviene tener en cuenta distintos factores:

- Relación con el profesional: Si el vínculo creado con el profesional que ha detectado el maltrato es sólido y percibido como cercano y la víctima se nota apoyada, tiene confianza en él y éste se siente con capacidad para ayudarla, en muchos casos es preferible el mantenimiento de esta relación que la derivación a otros profesionales, ya que es frecuente que las víctimas presenten dificultad para establecer nuevos vínculos. Si, por el contrario, el profesional de atención primaria percibe que el proceso se estanca y la víctima presenta alteraciones psicopatológicas que le impiden tomar decisiones, es conveniente la derivación a un servicio de Salud Mental. En cualquier caso, es imprescindible explicitar que, aunque se derive a otro recurso, seguiremos su evolución y estaremos dispuestos a ayudarla en cualquier momento.
- Situación de la víctima: Exploración psicopatológica actual y previa, afectación del abuso, personalidad previa, historias de abuso anteriores, etc. Las mujeres que han sufrido en su infancia experiencias previas de abuso tienen mayor dificultad para reconocerse como víctimas de violencia por parte de su pareja. Además, el haber sufrido violencia infantil aumenta la posibilidad de que la mujer se culpe de ser la responsable de la conducta violenta (Polo, 2001)⁴.
- Soporte social: La existencia de figuras significativas de apoyo suponen un factor protector frente a las consecuencias del maltrato y mejora la evolución del proceso.

Diseño de un programa de intervención

La complejidad de la actuación del maltrato a la mujer en la relación de pareja hace necesario un abordaje multidisciplinar, dinámico y coordinado entre profesionales de distintos sectores: sanitarios (de atención primaria y especializada), servicios sociales, dispositivos específicos de atención a la mujer, servicios policiales e instancias judiciales.

Esta gran cantidad de profesionales, que intervienen con frecuencia en estos procesos, hace necesario que se establezca una figura que coordine las distintas actuaciones. En este sentido el programa que podría diseñarse, pensamos que tiene elementos comunes con los que se establece en algunos tipos de patología crónica llamados "programas de continuidad de cuidados". Estos programas nacieron en Estados Unidos en la década de los ochenta y poco después en Europa, con algunas variaciones en su denominación y en su forma de actuar. Surgieron como una forma de organizar el acceso a la atención que precisan las personas con enfermedad mental crónica. De una forma general, suponen un sistema de coordinación de servicios e intervenciones en la comunidad (sanitarias y sociales) con una persona de referencia (tutor o "case manager") de quien se espera que se encargue de evaluar las necesidades del usuario, desarrollar un plan de tratamiento, disponer los medios para una adecuada asistencia, monitorizar la calidad de la asistencia y mantener contacto con el usuario. En el caso de las víctimas de violencia de género, pensamos que este papel lo podría desempeñar la trabajadora social que podría encargarse del seguimiento de cada uno de los contactos (sanitarios, sociales y jurídicos) que realicen las mujeres y sus hijos, aunque en función de las características del caso podrían también desempeñarlo profesionales de enfermería.

Características de la intervención psicoterapéutica en mujeres víctimas

De una forma global, cualquier tipo de intervención psicoterapéutica debe permitir a las víctimas liberarse de esa relación alienante, para recuperar el control de su propia vida. Tal y como describe Hirigoyen (2005)⁵ no es posible ayudar a las víctimas si no se tiene en cuenta que están bajo una gran influencia y que este proceso permanece activo mucho tiempo. Las palabras del agresor se han interiorizado y continúan oponiéndose al trabajo de liberación.

De una forma general, el objetivo fundamental es permitir a la paciente hablar progresivamente de su relación traumática con el agresor ayudándola así a visibilizar la naturaleza de su relación abusiva y superar la negación, culpa y otras secuelas psicológicas que el maltrato le ha producido. Posteriormente se tratará de encontrar y poner en práctica los recursos psíquicos que posee y que le permitirán -junto con la conexión a su red social- comenzar una nueva vida.

En el abordaje de la mujer maltratada resulta fundamental intervenir en dos niveles:

Individual y colectivo. Si sólo consideramos la violencia como un tema individual y no un problema social que afecta a todas las mujeres en las diferentes etapas del ciclo vital, distorsionaremos la intervención. En este sentido, resulta imprescindible la inclusión de la perspectiva de género en cualquier intervención con una mujer maltratada.

Pasamos a describir algunas etapas que se recorren en la intervención psicoterapéutica de las mujeres maltratadas. El orden y el ritmo de cada uno de estos pasos es orientativo y variable en función de cada mujer y del momento en el que se encuentre. Resulta aconsejable asociar intervenciones individuales con sesiones grupales. Seguiremos (con modificaciones) el esquema que Herman propone (Herman, 2004)⁶:

Identificación e información.

Incluye los siguientes pasos:

- Identificar con la ayuda de la mujer los distintos tipos de maltrato a los que está sometida. El profesional debe tomar partido y definir claramente la anormalidad de lo ocurrido. Frente al maltrato no es posible permanecer neutral.
- Dar información a partir de lo que nos está diciendo sobre: Derechos de las personas, situaciones de riesgo, ciclo de violencia, estrategias habituales del hombre violento, etc
- Valorar el grado de peligro que suele estar en relación con su sensación de riesgo y reestablecer la seguridad: La experiencia traumática arrebató a la víctima su sensación de control y de poder. La primera tarea es devolver a la mujer la seguridad, porque ningún trabajo terapéutico puede tener éxito si no se ha establecido un nivel razonable de seguridad.

Mientras se establece la seguridad, las relaciones de las víctimas suelen oscilar entre extremos: puede intentar estar siempre acompañada o aislarse por completo. Es importante revisar el tipo de apoyos que recibe de personas cercanas asegurándonos que serán apoyos emocionales, de protección y de ayuda práctica y no un foco potencial de peligro. Desde el comienzo del tratamiento es fundamental la creación de un vínculo de confianza en el profesional.

Estas intervenciones provocan en la mujer:

- La sensación de que se reconoce su experiencia y se la acepta como válida.
- La posibilidad de comenzar a percibir a su agresor como el responsable de la violencia, en vez de seguir culpándose a sí misma;
- La posibilidad de tener un mejor conocimiento del peligro que corre y elaborar estrategias de protección.

Conectar síntomas psicológicos con naturaleza del maltrato

Los síntomas que presenta la mujer (ansiedad, depresión, trastorno por estrés postraumático, etc.) tendrán un significado completamente distinto si se consideran secundarios a un contexto de violencia. Es decir, se transmite a la mujer que la intervención terapéutica se produce no porque ella presente de forma primaria un trastorno mental, sino porque está teniendo una respuesta psicológica a una situación de abuso. Así, la ansiedad puede interpretarse como una respuesta normal a una situación permanente de terror y de peligro. La depresión puede entenderse como la consecuencia natural de una situación en la que la mujer se ha sentido durante mucho tiempo descalificada, humillada y agredida. Aunque la mujer decida romper, hay muchas variables en torno a esta situación (miedo a represalias por parte de la pareja, dificultades económicas, incertidumbre en cuanto al futuro, soledad...) que pueden explicar la naturaleza de sus síntomas. El consumo abusivo de sustancias tóxicas puede ser interpretado, en ocasiones, como una tentativa de automedicación para hacer frente a la ansiedad que la violencia le provoca .

A veces pueden asociarse técnicas específicas en el tratamiento de los síntomas (Echeburúa, 1998)⁷: Reevaluación cognitiva, relajación, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, entrenamiento en habilidades de comunicación, entrenamiento en habilidades de solución de problemas y mejora de la autoestima.

Reconstrucción de la experiencia traumática

En líneas generales, es importante que la mujer relate la historia del trauma en profundidad y con detalle. Al principio la narración inicial que la víctima hace puede ser repetitiva, estereotipada y carente de emoción, sin revelar los sentimientos ni interpretación de los acontecimientos (Herman, 2004)⁶. En esta fase sigue aplicándose el principio básico de devolver el poder a la víctima, es ella quien toma la decisión de enfrentarse y narrar su experiencia, desempeñando el profesional el papel de testigo y aliado. Al ir describiendo su experiencia, la necesidad de conservar la seguridad debe sopesarse continuamente con la necesidad de enfrentarse al pasado. Es importante guardar un equilibrio en el ritmo del relato, ya que evitar los recuerdos traumáticos lleva

al estancamiento del proceso de recuperación, pero enfrentarse a ellos con demasiada precipitación, conduce a revivir el trauma de manera dañina. Si hay un empeoramiento importante de síntomas durante la exploración activa del trauma, hay que considerarlo como una señal de que hay que ir más lento.

La reconstrucción de la historia traumática comienza con una revisión de la víctima antes de su encuentro con el agresor: relaciones, ideales, proyectos, conflictos... Después se pasa a la descripción de los acontecimientos traumáticos, incorporando también la respuesta de la víctima y de las personas más relevantes de su vida. Son útiles los relatos escritos. Mientras se produce el relato del trauma, el terapeuta va ayudando a que la víctima ponga nombres a lo relatado, comparte la carga emocional del trauma y contribuye a la construcción de una nueva interpretación de la experiencia traumática que reafirme la dignidad y el valor de la víctima. Pueden aparecer lagunas de memoria y sentimientos contradictorios.

Herman (2004)⁶ describe que la acción de contar una historia en la seguridad de una relación protegida puede producir un cambio en el procesamiento anormal de la memoria traumática. Con esta transformación de la memoria llega el alivio de muchos de los principales síntomas del estrés posttraumático. Especialmente mejoran los síntomas intrusivos y de hiperactivación; sin embargo, es necesario tratar el aspecto relacional del trauma. Después de contar la historia traumática, puede que la víctima quede sumergida en un profundo dolor. Este acto de duelo es una labor necesaria y temida. Como llorar la pérdida resulta doloroso, resistirse a ello es la causa más común de estancamiento en esta fase. Esta resistencia puede usar varios disfraces: a veces como una fantasía de resolución mágica a través de la venganza, el perdón o la compensación": (Herman, 2004)⁶.

Reconexión con vida social.

Empezamos a trabajar esta fase cuando vamos observando que contar la historia del trauma no despierta sentimientos tan intensos, y en el relato de la mujer van surgiendo otras demandas. En este momento resulta fundamental trabajar en:

- Identificar las creencias erróneas sobre identidad y rol femenino
- Estimularla en su autonomía y desarrollo, en especial frente a la figura masculina y frente a la sociedad.
- Estimular a que sea parte activa en resolver su situación.
- Estrategias para la facilitación de redes de apoyo social
- Entrenamiento sobre como ayudar a sus hijos a superar las secuelas que les ha producido la violencia.
- Valorar derivación a otros recursos y asociaciones de mujeres.

Sobre el uso de psicofármacos

No puede generalizarse la idoneidad o no de un tratamiento psicofarmacológico para las mujeres víctimas de violencia de su pareja. Lo fundamental en la intervención es no encubrir sintomatología ansiosa o depresiva sin evaluar antes posibles factores desencadenantes. En este sentido, es frecuente que cuando estas mujeres acuden a consulta, expresen sus síntomas (bien físicos o psíquicos) sin relacionarlos de un modo directo con el hecho de sufrir maltrato. En el caso de los síntomas depresivos, las mujeres pueden culparse de presentar esta sintomatología y describirse a sí mismas como "inútiles", "incapaces" y causantes del fracaso del funcionamiento familiar. Si la intensidad de los síntomas es elevada, está indicada la prescripción de psicofármacos (antidepresivos y/o benzodiacepinas) después de que, de una manera conjunta con la paciente, hayamos puesto de manifiesto la relación entre sus síntomas y el maltrato recibido. En ocasiones, la mejora del estado de ánimo propiciada por el tratamiento antidepresivo, permite a la mujer una toma de decisiones que su estado anterior no le permitía. En relación a la toma de benzodiacepinas e hipnóticos hay que tener en cuenta que pueden disminuir la capacidad de reacción en situaciones de riesgo.

Tratamientos grupales

Teniendo en cuenta que en el caso de las situaciones traumáticas se produce la ruptura de distintos elementos estructurantes básicos de las personas (confianza en uno mismo, creencia en la bondad de los otros, posibilidad de establecer vínculos afectivos significativos, etc), trabajar las situaciones traumáticas desde un modelo que se basa en establecer vínculos con otras personas que han pasado por una situación similar, puede resultar especialmente significativo y útil (Pau Pérez, 2004)⁸.

Las etapas a recorrer son, en línea generales, similares a las que hemos descrito en las intervenciones individuales, aunque teniendo en cuenta el especial cuidado que hay que tener en intervenciones grupales en la etapa de reconstrucción de la experiencia traumática. En este sentido, es fundamental respetar las particularidades de cada mujer, sin presionar ni forzar aquello que ella no desee hacer en un contexto grupal. Algunos autores (Echeburúa, 1998)⁷ describen programas con un número de sesiones individuales y grupales fijas y con objetivos concretos en cada una de las sesiones. Otros autores

(Hirigoyen, 20055; Herman, 20046; Edleson, 1996)⁹ sugieren formatos flexibles en relación al ritmo particular de cada mujer y cada grupo, aunque sin olvidar recorrer las distintas etapas y contenidos.

Sobre la intervención con hijos

Consecuencias en los hijos de ser testigos de violencia parental:

Es importante tener en cuenta que el hecho de que los hijos sean testigos de la violencia parental es una forma más de maltrato infantil. Revisando trabajos que han estudiado las consecuencias en los hijos de mujeres que sufren maltrato, se han encontrado asociaciones entre este tipo de violencia y un rango distinto de problemas psicoemocionales. En una revisión, Wolak (1998)¹⁰ señalaba que los niños que presencian violencia entre sus padres tienen con mayor frecuencia problemas de conducta (agresiones, delincuencia), problemas emocionales (depresión, ansiedad, baja autoestima), dificultades cognitivas (peores rendimientos escolares) y problemas físicos (retraso en el desarrollo, trastornos motores) que los niños que no han sido testigos de violencia entre sus padres. Además, se ha señalado que estos niños presentan mayores niveles de agresión entre hermanos y abuso de drogas y alcohol. (Haj-Yaia, 1998¹¹; Dembo, 1992)¹².

En un estudio realizado en nuestro medio con una muestra de 392 mujeres que acudieron de forma consecutiva a consultas de un Centro de Salud Mental de la Comunidad de Madrid y que tenían hijos, se observó que los hijos de mujeres que habían sufrido maltrato por parte de su pareja, tenían más antecedentes de tratamiento psicológico que los hijos de mujeres que no habían sufrido este abuso y habían sufrido con mayor frecuencia abuso físico del padre. Observamos que la intensidad del maltrato del padre a la madre influía en la frecuencia de tratamiento psicológico en hijos y la frecuencia con la que el padre agredía a los hijos (Polo, 2003)¹³

Reacciones de la madre frente a los síntomas de los hijos:

Frente a las reacciones de los hijos, la madre puede presentar distintas reacciones. Entre ellas se encuentran:

- Ocultación del maltrato a los hijos.
- Negación.
- Justificación del agresor y autoculpabilización, lo que contribuye a que el niño vaya creando una imagen desvalorizada de la figura materna y, a veces, asuma roles parentales.
- Corresponsabilización al niño de las agresiones del padre: En ocasiones las agresiones ocurren tras acontecimientos o incidentes que ocasionan los hijos. La madre, para impedir que se desencadene la agresión, puede transmitir al hijo que él es responsable de dicha agresión y fomentar sentimientos de autoinculpación en el niño.
- Invertir al niño de una función afectiva compensadora del vacío que siente en su relación de pareja. El niño puede ir creciendo con la idea de que su rol es reemplazar a su padre.

Algunas ideas para la intervención con las madres

Es fundamental que ellas tengan conocimiento de su propia historia de maltrato, dándole un significado en su historia social y personal que les permita la reinstauración de su identidad como mujeres y como madres.

- Favorecer el relato de las mujeres en torno al papel que ellas tuvieron frente a que sus hijos fueran testigos de la violencia. En este sentido son muy frecuentes en estas mujeres sentimientos de culpa por haber permitido que el niño presenciara violencia. Una intervención donde las mujeres puedan hablar de estos sentimientos supone un punto de partida para la creación de un vínculo con los hijos desde otro lugar.
- Ayudar a manejar trastornos en los niños. Transmitir la importancia de entender síntomas concretos dentro de un contexto y dándole un significado. No sirven recetas estándar para todos los niños y problemas.
- Evitar justificar cualquier comportamiento del niño por el hecho de haber sufrido maltrato y no poner límites a su conducta.
- Entender la naturaleza de las reacciones de sus hijos. Sugerimos talleres grupales con mujeres donde se hable de los mecanismos que influyen en las consecuencias que tiene en los niños ser testigos de violencia.

Culparse a si mismo es algo consustancial a los primeros años de infancia en los que el yo es tomado como punto de referencia. Las víctimas de acontecimientos traumáticos intentan buscar causas en su comportamiento que les ayude a encontrar un sentido a lo sucedido. En situaciones de abuso crónico, ni el tiempo ni la experiencia cambian esa tendencia a autoculparse, más bien se refuerza. El sentido de maldad interna de los niños abusados puede verse directamente confirmado por la tendencia de los padres a encontrar

un chivo expiatorio. Además, los sentimientos de ira y fantasías de venganza son respuestas normales a conductas de abuso, lo que provoca comportamientos irascibles y agresivos en niños que reafirman la idea de que poseen una maldad innata. Este sentimiento de maldad se convierte en una parte estable de la estructura de su personalidad y puede persistir hasta la vida adulta. En ocasiones este sentido de maldad es camuflado con intentos de las niñas por ser buenas. Motivadas por una necesidad desesperada de captar el amor de sus padres, pueden adquirir competencias prematuras. La apreciación de otros reafirma la sensación de que nadie las conoce realmente y que si conocieran su verdadero yo, serían rechazadas y despreciadas (Herman, 2004)⁶.

Como señala Herman, en el desarrollo normal, el niño adquiere una sensación segura de autonomía mediante la formación de representaciones interiores de cuidadores fiables, que pueden ser evocados mentalmente en momentos de sufrimiento. Sin embargo, en una situación de abuso infantil crónico, estas representaciones internas no pueden formarse, son repetidas y violentamente destruidas por la experiencia traumática. Al no poder crear un sentimiento interno de seguridad, los niños maltratados se hacen más dependientes de las fuentes externas de protección que otros niños y buscan a alguien de quien depender. Así, en situaciones de abuso infantil crónico, la fragmentación se convierte en el principio fundamental de la organización de la personalidad.

Efectos de trabajar con la violencia de género en los profesionales

Como ya comentábamos anteriormente, existen varios factores relacionados con los profesionales que van a influir en la forma de actuación. Entre ellos se encuentran los fenómenos contratransferenciales. Baca (2003)¹⁴ define dos mecanismos básicos que se sitúan en el núcleo de las reacciones contratransferenciales de los profesionales frente a las víctimas:

- El primero se caracteriza por la **sobreidentificación**: se da cuando el profesional adopta masivamente la posición afectiva de la víctima y se deja llevar por los sentimientos de humillación, dolor, desamparo, pérdida y agresividad que comporta la situación de la víctima, viviéndolos como propios. Esta sobreidentificación puede provocar en el profesional una inmersión masiva en la angustia de la víctima desde una posición que no le permita separarse de la angustia y dolor de la mujer y, por tanto, no le permita asegurar una relación de ayuda. En este sentido, algunos profesionales se confiesan incapaces de atender a víctimas de determinados sucesos. Cuando este proceso se produce de una forma consciente no crea tantos problemas como los producidos cuando la inmersión en la angustia de la víctima es vivida por el profesional como una debilidad incontrolable y se oculta a través de formas sutiles de rechazo de las víctimas.
- El segundo mecanismo es el **rechazo** y se encuentra en la base de muchos de los comportamientos negativos que se dan en la atención inicial a las víctimas y que se materializan en entrevistas inadecuadas. El motivo principal que induce este mecanismo contratransferencial es la identificación del profesional con el agresor y la subsiguiente aparición de la víctima como culpable y de la agresión como castigo. Para el profesional este mecanismo es difícilmente asumible ya que supone que uno puede estar identificándose con alguien que ha cometido un acto no aceptable. Así, la presentación consciente más habitual del rechazo por identificación con el agresor es la atribución de la culpabilidad a la víctima por acción u omisión.

Este mecanismo se observa en muchos otros contextos no terapéuticos, como ocurre en determinadas reacciones sociales ante la victimización, subyaciendo la idea de que "la agresión puede ser un castigo merecido y el agresor un justiciero" (Baca, 2003)¹⁴. Este autor también señala otras formas bajo las que el rechazo aparece de una manera más aparentemente suave en el tratamiento de las víctimas. Son la falta de asunción del compromiso terapéutico disfrazado de neutralidad y la sospecha de la víctima como persona deseosa de ganancias secundarias.

Herman (2004)⁶ define que, en ocasiones, los terapeutas se sienten emocionalmente abrumados por su papel de ser testigos de situaciones violentas y experimentan, en menor grado, los mismos sentimientos de terror, ira y desesperación que sus pacientes y pueden revivir cualquier situación traumática que hayan tenido en el pasado. A este fenómeno se le llama "**contratransferencia traumática**".

Algunos de los mecanismos que pueden observarse en profesionales que trabajan con víctimas de violencia son:

- Identificación con sentimientos de indefensión de los pacientes. Esto les puede llevar a infravalorar su propia capacidad. Como defensa contra esa sensación de indefensión pueden intentar asumir el papel de "rescatador" y asumir demasiada responsabilidad. La defensa contra los sentimientos de indefensión también les puede llevar a actitudes de soberbia y omnipotencia.
- Ira y rabia, ante la negativa de la víctima a cambiar su situación.
- Identificación con el agresor: Puede llevarles a minimizar el abuso o mostrarse

- escépticos ante el relato.
- Sentir desprecio por la indefensión de las pacientes.
 - Sentimientos de "culpa" del testigo (similar a la culpa del superviviente).

En este sentido es fundamental que los profesionales que trabajan con personas maltratadas cuenten con un sistema continuado de apoyo para manejar estas reacciones. Además, estar expuestos repetidamente a situaciones de violencia puede cambiar las creencias básicas de las personas y hacer que aumente su sensación de vulnerabilidad personal, sintiendo miedo de los demás y mostrándose más desconfiados en sus relaciones íntimas.

