



Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales

Programa Uruguay

Maestría en Género y Políticas de Igualdad

Promoción: 2020-2022

Pandemia invisibilizada:

Exploración en el impacto que produce la exposición a múltiples y prolongadas formas de violencias basadas en género.

Iván Cornú Machado

Directora de Tesis

Dra. Noelia Correa García

Montevideo, 14 de julio de 2022

Dedicatoria

A mi hijo Marcos León, mi nieta Aima y a mí ahijada Aldana por acompañarme por más de 20 años y contribuir con mis logros y ayudarme a ser mejor persona. A todas las mujeres que viven y han vivido esta realidad y a aquellas que aún no pueden ponerle voz a su dolor.

A las mujeres que hicieron posible que viera que hay otras formas de ser varón, más sanas haciéndome cuestionar mis privilegios.

A los técnicos y técnicas que trabajan en todas las instituciones que dan respuesta a la violencia hacia las mujeres que ponen el cuerpo para que funcione la política pública como es debido.

Agradecimientos

En primer lugar agradecer a mi tutora, Noelia Correa por acompañarme y sostenerme en esta travesía, con calidez, empatía, profesionalismo y compromiso, generándome seguridad ante momentos adversos. A todas las docentes que también estuvieron apoyándome y alentándome durante todo el proceso de la maestría.

A las mujeres que participaron de la investigación para hacer visible sus historias, son un ejemplo de fortaleza y de resiliencia. A mi compañera de vida Patricia por su compañía, calidez humana y sabiduría. A todos los amigos, amigas y familiares que me acompañaron durante todo este viaje. A todos y todas las maestras que me mostraron el camino de la psicotraumatología, y me incentivaron a descubrir una nueva forma de ver y verme. A todos y todas gracias.

Glosario de Términos

AAO	Alteraciones en la Auto Organización
ACE	Experiencia Adversas Infancia
ASI	Abuso Sexual Infantil
CDC	Centros de Prevención y Control de Enfermedades
VBG	Violencia Basada en Género
CEDAW	Convención sobre Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CETI	Centro de Estadía Transitoria
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CNCLVD	Consejo Nacional Consultivo de Lucha Contra la Violencia Doméstica
CNCVLVGM	Consejo Nacional Consultivo por una Vida Libre de Violencia de Género hacia las Mujeres
CRF	Corticotropina
CSW	Comisión Jurídica y Social de la Mujer
DES	Cuestionario de Experiencias Disociativas
DESNOS	Disorder of Extreme Stress Not Otherwise
DSM	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
ECA	Ensayos Clínicos Aleatorios
EMDR	Eye Movement Desensitization Reprocessing
FLACSO	Facultad Latino Americana de Ciencias Sociales
HAC	Health Appraisal Center
ICD	International Classification of Diseases
INEFOP	Instituto Nacional de Empleo y Formación Profesional
INAU	Instituto del Niño y del Adolescente del Uruguay
INMUJERES	Instituto Nacional de Mujeres
ITQ	International Trauma Questionnaire
MIDES	Ministerios de Desarrollo Social
MOI	Modelos de Organización Interna
MSP	Ministerio de Salud Pública

MVOTMA	Ministerio de Vivienda Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente
NNA	Niño, Niña y Adolescente
PAN	Personalidad Aparentemente Normal
PE	Personalidad Emocional
SNA	Sistema Nervioso Autónomo
SNC	Sistema Nervioso Central
SNP	Sistema Nervioso Parasimpático
SNS	Sistema Nervioso Simpático
SPIA	Sistema Procesamiento Integrativo de la Información a Estados Adaptativos
SIPIAV	Sistema Integral de Protección a la Infancia contra la Violencia
TCC	Terapia Cognitiva Conductual
TEPT	Trastorno de Estrés Post Traumático
TEPT C	Trastorno de Estrés Post Traumático Complejo
UVyT	Unidad de Víctimas y Testigos
VBG	Violencia Basada en Género

Índice

1. Introducción	10
2. Antecedentes en Política Pública.....	15
2.1. Instrumentos Internacionales	15
2.2. Legislación en Uruguay	18
3. Capítulo Conceptual	24
3.1. Antecedentes Teóricos.....	24
3.2. Marco Teórico.....	27
3.2.1. Teoría del Apego.....	27
3.2.1.1. Apego Seguro	28
3.2.1.2. Apego Evitativo	29
3.2.1.3. Apego Ambivalente	30
3.2.1.4. Apego Desorganizado	31
3.2.1.5. Trastorno del Apego	32
3.2.2. Maltrato Infantil	33
3.2.2.1. Tipos de Maltrato Infantil.....	35
3.2.3. Violencia Basada en Género.....	38
3.2.3.1. Tipos de Violencia de Género	42
3.2.4. Perspectiva del Trauma	48
3.2.4.1. Trastorno de Estrés Post Traumático:	50
3.2.4.2. Trauma Complejo:	51
3.2.4.3. Memoria Traumática	54
3.2.5. Teoría Polivagal	55
3.2.6. Disociación Estructural.....	57
4. Capítulo Metodológico	58
4.1. Ruta Metodológica.....	59
4.2. Técnicas.....	60
4.2.1. Entrevista en profundidad	60
4.2.2. Cuestionarios.....	61
4.3. Criterio de selección de la muestra	63
4.4. Dimensión ética	65
4.5. Método de Análisis	66
5. Capítulo Análisis y Resultados.....	68
5.1. Maltrato Infantil	69
5.1.1. Experiencias Adversas.....	69
5.1.2. Maltrato Psicológico.....	75

5.1.3. Maltrato Emocional	76
5.1.4. Negligencia	78
5.1.5. Maltrato Físico	81
5.1.6. Abuso Sexual Infantil	83
5.1.7. Exposición a situaciones de VBG en el hogar	85
5.2. Violencia Basada en Género	92
5.2.1. Violencia Psicológica	92
5.2.2. Violencia Emocional	94
5.2.3. Violencia Económica.....	96
5.2.4. Violencia Patrimonial.....	97
5.2.5. Violencia ambiental.....	98
5.2.6. Violencia Física.....	98
5.2.7. Violencia Vicaria.....	100
5.2.8. Violencia Sexual	101
5.2.9. Explotación Sexual.....	102
5.2.10. La Denuncia	105
5.2.11. Proceso de salida de las situaciones de violencia.....	110
5.3. Trauma.....	117
5.3.1. Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT)	117
5.3.1.1. Síntomas de Intrusión:	118
5.3.1.2. Síntomas de Evitación:	120
5.3.1.3. Síntomas de alteraciones cognitivas y del estado de ánimo:	122
5.3.1.4. Síntomas de la Alteración de la Alerta y la Reactividad:	124
5.3.2. Trauma complejo.....	128
5.3.2.1. Alteración en la regulación de los impulsos afectivos	129
5.3.2.2. Alteración en la atención y la conciencia	131
5.3.2.3. Alteraciones de la autopercepción	133
5.3.2.4. Alteración en la percepción del agresor	136
5.3.2.5. Alteraciones en las relaciones con los demás	140
5.3.2.6. Somatizaciones	142
5.3.2.7. Alteraciones en los sistemas de significados	145
6. Conclusiones y Recomendaciones.....	147
7. Referencias Bibliográficas	157
Anexos.	178

Resumen

La violencia basada en género es un problema social que afecta a miles de mujeres uruguayas, desde el año 2017, siguiendo los lineamientos establecidos en la Convención de Belém Do Pará, Uruguay desarrolla una ley integral cuyo objetivo es la erradicación de la violencia contra mujeres, niñas, niños y adolescentes enfatizando el derecho a las mujeres de una vida libre de violencia. A partir del modelo teórico de la Psicotraumatología –el cual permite una comprensión integral del trauma– se pretende identificar, cuáles son las manifestaciones que produce la exposición constante a múltiples formas de VBG por largos períodos de tiempo en mujeres uruguayas que han salido de esas situaciones de violencia y concurren a espacios clínicos psicoterapéuticos. Asimismo, se desprenden dos objetivos específicos, por una lado identificar cuáles son las características de las situaciones de violencia basada en género que atraviesan las mujeres y, por otro lado, conocer la posible incidencia del trauma complejo en la salud mental de mujeres expuestas a múltiples formas de violencias. Para tal fin se utilizó una metodología cualitativa y como técnicas la entrevista en profundidad y los cuestionarios ITQ y DES. En sintonía con investigaciones recientes, se observa la relación significativa que existe entre experiencias de malos tratos y el posible desarrollo de trauma complejo en las infancias y adolescencias con la generación de estilos de apego inseguros y desorganizados como factores riesgo que podrían potenciar la exposición en la vida adulta a situaciones de VBG con parejas y ex parejas con la posibilidad de generar de sintomatología propia de trauma complejo.

Palabras Clave:

Malos tratos, Violencia Basada en Género, Apego, Trauma, Disociación.

Abstract

Gender-based violence is a social problem that affects thousands of Uruguayan women, since 2017, following the guidelines established in the Belém Do Pará Convention, Uruguay develops a comprehensive law whose objective is the eradication of violence against women, girls, boys and adolescent emphasizing the right of women to a life free of violence. Based on the theoretical and clinical model of Psychotraumatology –which allows a comprehensive understanding of trauma– it is intended to identify from a trauma perspective, what are the manifestations produced by constant exposure to multiple forms of GBV for long periods of time en Uruguayan women who have come out of these situations of violence and attend psychotherapeutic clinical spaces. Together with two specific objectives, to identify the characteristics of situations of Gender based violence that women go through and know the possible incidence of complex trauma in the mental health of women exposed to multiple forms of violence. For this purpose, a qualitative methodology was used and the in depth interview and the ITQ and DES questionnaires were used as tools. In line with recent research, the significant Relationship that exist between experiences of abuse and Development of complex trauma in childhood and adolescence with the generation of insecure and disorganized attachment styles with exposure in adult life to situation of GBV with partners is observed and ex partners together with generation of symptoms typical of complex trauma.

Keywords

Mistreatment, Gender Based Violence, Attachment, Trauma, and Dissociation.

1. Introducción

El nombre de esta investigación, “Pandemia invisibilizada”, es un juego de palabras que alude al aumento de situaciones de violencia basada en género –en adelante VBG– por pareja o ex pareja durante la pandemia de COVID 19, que según los datos de la Organización Mundial de la Salud –en adelante OMS– (2018), una de cada tres mujeres en el mundo sufre violencia física o sexual por su pareja o expareja. Por otro lado, también refiere al silencio que rodea la mayoría de los casos de mujeres que han sido expuestas a situaciones de VBG, ya que son muchísimas las situaciones que no son denunciadas ni visibilizadas. Y, por último, a su vez alude a la invisibilización de los efectos de la VBG desde una perspectiva del trauma.

La evidencia científica indica que la VBG es un problema de salud pública y de derechos humanos a nivel mundial. En América Latina y El Caribe es un problema complejo que afecta a toda la sociedad por lo cual se destaca la participación de diferentes organismos regionales e internacionales que promueven el desarrollo de políticas públicas para prevenir y erradicar la VBG en América Latina y el Caribe. A través del “Tercer Informe Hemisférico realizado por el Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém Do Pará” –MESECVI– (2020) se sabe que entre un 50% y 60% de mujeres latinas han sido víctimas de algún tipo de violencia a lo largo de la vida, cuyos principales agresores son hombres que pertenecen a vínculos cercanos, por lo cual sigue siendo el hogar el lugar más peligroso para mujeres, niñas y adolescentes.

Existe un consenso a nivel científico en expresar que la exposición temprana a experiencias de malos tratos, negligencia, ser víctimas de violencia doméstica y abuso sexual en la infancia, son factores de riesgo que puede aumentar hasta tres veces la posibilidad de que niñas y adolescentes se expongan a la revictimización en su vida adulta por medio de relaciones en las que se ejerce VBG por parte de parejas y ex parejas. En estas situaciones particulares, las mujeres transitan por un proceso continuo de sucesos traumatizantes que se mantienen sistemáticamente por largos períodos de tiempo, los cuales atraviesan gran parte de sus trayectorias de vida. Estos sucesos traumatizantes se originan en la exposición de niñas, adolescentes y mujeres a distintos tipos de violencias

que son ejercidas por varones dentro de relaciones significativas de apego e interpersonales.

Por lo tanto, la VBG es una expresión estructural de la desigualdad entre hombres y mujeres, que se desarrolla a partir de la reproducción de relaciones asimétricas de poder que promueven el sometimiento de las mujeres dentro de un sistema patriarcal heteronormativo que asigna determinados roles de acuerdo al sexo. De modo que reproducen estereotipos de género que se apoyan en conductas y prácticas culturales discriminatorias que subordinan e inferiorizan a mujeres, niñas y adolescentes. Estas prácticas atentan contra los derechos de las mujeres a vivir una vida libre de violencia.

Teniendo en cuenta este contexto, esta investigación se enmarca dentro de la maestría en “*Género y Políticas de Igualdad*” realizada en FLACSO Uruguay. Se pretende identificar desde una mirada del trauma, cuáles son las manifestaciones que produce la exposición constante a múltiples formas de VBG por largos períodos de tiempo en mujeres uruguayas que han salido de esas situaciones de violencia y concurren a espacios clínicos psicoterapéuticos. Se trata de una investigación cualitativa, en la que se utilizará como herramienta, la entrevista en profundidad para acceder a las vivencias de mujeres que han sido expuestas a situaciones de VBG por su ex pareja. Conjuntamente se realizó la aplicación de dos cuestionarios: el Cuestionario DES de experiencias disociativas y el cuestionario de estrés postraumático ITQ. Cuyo objetivo implica explorar el impacto que produce la exposición a múltiples formas de VBG por largos períodos de tiempo en mujeres. A su vez, se pretende identificar cuáles son las características de las situaciones de VBG que atraviesan las mujeres que han salido de las situaciones de violencia y concurren a un espacio psicoterapéutico. Y conocer la posible incidencia del trauma complejo en la salud mental de mujeres expuestas a varios tipos de violencia prolongados en el tiempo.

Para cumplir con este propósito, esta investigación parte desde los aportes de la Psicotraumatología, la cual es un modelo teórico clínico que integra paradigmas teórico prácticos comprensivos de las consecuencias del trauma como ser: las neurociencias, la psicología, la neurobiología, la teoría del apego, la teoría polivagal, la teoría de la disociación estructural y las ciencias sociales, cuyo objeto de estudio son los efectos del trauma en la persona y la población. Por lo cual, deviene en la concepción de sujeto como bio-psico-social, permitiendo un abordaje integral sobre las diferentes patologías que involucran la exposición de las personas a experiencias adversas. Es decir, se trata de un

modelo de intervención integrador. En este sentido, hay que tener en cuenta como los correlatos de experiencias adversas en las personas a partir de la infancia pueden afectar posteriormente en la generación de diversas psicopatologías en la adultez. En palabras de Anda et al (2006) la acumulación de factores estresantes externos producto de la exposición repetitiva y constante de sucesos traumatizantes, como diferentes formas de maltrato durante la infancia junto con la exposición a situaciones de violencia doméstica, puede producir la liberación constante de cortisol al torrente sanguíneo con posibles efectos perjudiciales a nivel cerebral.

Existe un importante cuerpo de investigación, que ha incluido como marco explicativo, a la VBG ejercida por una pareja o ex pareja, fundamentos teórico prácticos desde la perspectiva del trauma y la teoría del apego para comprender mejor este fenómeno. Desde esta perspectiva es útil incorporar el concepto de trauma complejo, el cual se refiere a la exposición a eventos adversos en forma múltiple, acumulativa y prolongada en contextos de relaciones interpersonales a partir de la infancia. La literatura científica, ha demostrado como las experiencias traumáticas en la infancia podrían modelar las respuestas en la vida adulta como una forma explicativa que permite la comprensión de las secuelas del trauma en la salud mental de las personas.

En el trabajo en atención directa a mujeres en situación de violencia basada en género se ha podido identificar en el relato de muchas las mujeres la presencia de múltiples experiencias adversas a lo largo de sus trayectorias de vida. Son mujeres que han sido vulneradas desde temprana edad por lo que la exposición continua y sistemática a sucesos traumatizantes podría generar graves alteraciones a nivel relacional, emocional, cognitivo y psicofisiológico.

Olsen et al (2019) a través del *Protocolo de Intervención en situaciones de Violencia Basada en Género*, manifiesta que las experiencias traumatizantes crónicas desarrolladas por personas muy cercanas como cuidadores primarios en la infancia y parejas en la vida adulta afectan las respuestas de afrontamiento adaptativas, inhibiendo la activación del sistema de protección. Se naturaliza la violencia y para sobrevivir desarrollan una forma de acomodación en la relación traumática. En contraposición, surgen sentimientos de culpa y vergüenza crónicas y sentido de desvalorización que sumado a los mandatos de género impuestos por una sociedad patriarcal provocan el silencio de miles de mujeres en nuestro país.

Dentro de los estudios más importantes donde se muestra la prevalencia de VBG se encuentra el estudio multipaís realizado por García Moreno (2005) y coordinado por la OMS con encuestas domiciliarias sobre muestras transversales de la población en Samoa, Perú, Brasil, Namibia, Serbia y Montenegro, Etiopía, Bangladesh, Tanzania, Nueva Zelanda, Tailandia y Japón centradas en la violencia contra la mujer infringida por su pareja. La prevalencia de violencia física y sexual infringida por la pareja a mujeres a lo largo de su vida dieron resultados variados: Perú del total de mujeres consultadas un 61% había sufrido algún tipo de violencia física por parte de su pareja y un 47% había sufrido violencia sexual por parte de su pareja, Brasil del total de mujeres consultadas un 27% había sufrido algún tipo de violencia física por parte de su pareja y un 10% había sufrido violencia sexual por parte de su pareja, Japón presentó los indicadores más bajos dando como resultado un 13% de mujeres que había sufrido algún tipo de violencia física por parte de su pareja y un 6% había sufrido violencia sexual por parte de su pareja.

En este estudio, se encontró que la mayoría de las situaciones de violencia contra la mujer, mantienen una continuidad en el tiempo y se pudo obtener información sobre la salud física y mental de las mujeres entrevistadas, por lo que se produce una relación entre la violencia infringida por la pareja y las lesiones y el deterioro de la salud de las mujeres. Se detectaron problemas vinculados a la salud física, emocional y mental, que van desde problemas motrices por causa de lesiones físicas, tristeza, angustia, depresión e intentos de autoeliminación son algunas de las consecuencias que el estudio de la OMS pudo relevar.

En esta misma línea, la *Segunda Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia de Género y Generaciones* (2019) realizada en Uruguay, surge el dato que el 76,7% de las mujeres consultadas mayores de quince años han estado expuestas a situaciones de VBG, lo cual equivale a 1.1 millón de mujeres en Uruguay. De esta población de mujeres un 37,1% había estado expuesta a situaciones de maltrato en la infancia o sea que cuatro de cada diez mujeres había sido expuesta a algún tipo de violencia en su infancia. Otro dato significativo es que el 47% de las mujeres mayores de quince años consultadas en esta ocasión manifestaron haber estado expuestas en algún momento de sus vidas a situaciones de VBG por parte de su pareja o ex pareja. Dentro de los diferentes tipos de VBG se desprenden los siguientes datos: Violencia Psicológica 44,6%, Violencia Patrimonial 22,8%, Violencia Física 19,9%, Violencia Sexual 10,7%. Es posible afirmar que más de

un millón de mujeres uruguayas han sido expuestas a situaciones de VBG por lo cual prácticamente ocho de cada diez mujeres ha sufrido VBG a lo largo de su vida.

Por ello se necesitan medidas urgentes que promuevan la igualdad de género apoyando programas a nivel nacional enfocados en la prevención y atención. En este sentido, debido a la complejidad del fenómeno, se hace necesaria la participación multisectorial que abarque las disciplinas de la salud, social y legal con el fin de generar intervenciones con las sobrevivientes de VBG más integradoras. En Uruguay, se destacan logros en la lucha contra esta situación en cuanto a la promoción de estrategias de prevención y sanción de la VBG que involucran la participación del Estado junto con organizaciones de la sociedad civil, sin embargo todos los esfuerzos generados han quedado reducidos debido a la magnitud del problema.

2. Antecedentes en Política Pública

A partir de la organización de mujeres y del movimiento feminista, como una forma de respuesta y confrontación al sistema patriarcal, se comienzan a denunciar y por ende a hacerse visibles las diversas formas de subordinación realizadas hacia las mujeres, constituyéndose como espacios de resistencia al modelo hegemónico imperante aportando propuestas de transformación social. De este modo, se da comienzo a una serie de movilizaciones sociales con el fin de reconocer los derechos de las mujeres. A su vez, en ese contexto, en el siglo XX comienza a surgir el tema de la violencia doméstica como una violación a los derechos de las mujeres, visibilizando las diferentes expresiones de las violencias contra las mujeres. En este sentido, a partir de la presión de los movimientos feministas y las organizaciones de la sociedad civil, la Violencia Basada en Género comienza a ingresar en la agenda política de la región impulsando la generación de nuevos marcos legales para desarrollar estrategias para afrontar y erradicar la violencia contra la mujer.

2.1. Instrumentos Internacionales

En cuanto a los avances en Política Pública se destacan los esfuerzos desarrollados por la Comisión Jurídica y Social de la Mujer (en sus siglas en inglés CSW) mediante la cual se establecen las conferencias de la mujer bajo la órbita de las Naciones Unidas entre 1975 y 1995. Este movimiento da inicio con la Conferencia de México en 1975 donde se reconocen el derecho a la igualdad en la familia, la sociedad y el trabajo. En 1980 se celebra la segunda conferencia en Copenhague avanzando hacia una igualdad en derechos y oportunidades en la participación de las mujeres como agentes y beneficiarias en el desarrollo.

En esta conferencia sesenta y cuatro países se suscriben a la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (en sus siglas en inglés CEDAW) (1979) y se genera un tratado internacional adoptado por la Asamblea General de Naciones Unidas para promover y proteger los derechos humanos de las mujeres teniendo en cuenta que la discriminación hacia las mujeres es un factor que limita el avance de los objetivos de desarrollo del milenio. El mismo es un instrumento internacional de derechos humanos y se basa en la protección de los derechos de las mujeres. Por lo tanto “es un instrumento de extraordinaria validez y de uso judicial para denunciar las graves contradicciones sociales y la abominable violencia contra las

mujeres en el hemisferio americano” (Facio, 2010, p. 12). El mismo será firmado y ratificado por Uruguay en 1981 a través de la Ley 15 164.

En este Instrumento Internacional se reconoce a la violencia ejercida contra la mujer como una forma de discriminación que atenta contra los derechos humanos. Entendiendo por discriminación

Todo distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce ejercido por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o cualquiera otra esfera (ONU, 1979, p. 2).

Según esta definición, por *objeto* se entiende aquellos actos cuyo objetivo es discriminar o sea discriminación directa como cuando una normativa impide explícitamente el ejercicio o acceso a un derecho y por *resultado* cuando la discriminación se produce por omisión o sea de forma indirecta, se da en casos donde la normativa se rige de forma idéntica para hombres y mujeres sin contemplar la desigualdad en el acceso a determinado derecho, como por ejemplo el acceso a fuentes de trabajo de mujeres trans. Por ende, se puede afirmar que la discriminación viola el principio de igualdad de derechos de las mujeres, dificultando la participación de forma igualitaria y equitativa respecto al hombre en diferentes áreas como la social, económica, política y cultural en una sociedad determinada.

Para Facio (1992) la igualdad jurídica se ha logrado otorgándole a las mujeres los mismos derechos que gozan los hombres, Así serán tratadas de forma igualitaria de acuerdo a la semejanza con los hombres y serán tratadas de forma desigualitaria en todo lo que las diferencia de los hombres, poniendo como ejemplo el acceso igualitario a derechos civiles y políticos, sin embargo el acceso a derecho de trabajo, económicos y familiares se produce de forma desigual perjudicando a las mujeres. De este modo se convierte en el primer tratado internacional que se posiciona desde una perspectiva de género que prohíbe todas las formas de discriminación basadas en género y que estas formas de discriminación son construidas socio culturalmente

Este instrumento internacional actualmente forma parte de un grupo de nueve tratados en derechos humanos de las Naciones Unidas. Facio (2010) sostiene que los derechos

humanos se ejercen de forma androcéntrica ya que las mujeres han tenido que luchar por su calidad de humana aun después de ser aceptada la noción de derechos humanos internacionales de forma universal. Es decir, esta autora plantea que la teoría jurídica basada en la diferenciación sexual ha creado la imposibilidad de igualdad entre hombres y mujeres por lo cual la igualdad se garantiza solo a los hombres por ser tratados como seres humanos.

A partir de los avances en derechos manifestados en la CEDAW junto a las movilizaciones promovidas por los movimientos feministas en América Latina y el Caribe en la década de los noventa se generan la convocatoria a tres Conferencias Internacionales en Derechos Humanos realizadas en México en 1975, Copenhague en 1980 y Nairobi en 1985.

A partir de estas conferencias se llega a establecer una serie de compromisos a nivel internacional para la eliminación de la violencia contra las mujeres. De allí surgen varios instrumentos internacionales y plataformas de acción, de las que se destacan la Conferencia de Viena, la Convención de Belém Do Para y la conferencia de Beijing.

En primer lugar, durante la Conferencia de Viena (1993) se reconocen los derechos de mujeres y niñas como parte de los derechos humanos, reafirmando de este modo los derechos de las mujeres como derechos universales e inalienables, considerando la violencia ejercida contra las mujeres como una violación a sus derechos humanos. De este modo se define a la violencia contra la mujer como:

Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada (ONU, 1993, p. 2)

A su vez, en esta conferencia se manifiesta que la violencia hacia las mujeres se sustenta dentro de relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres dentro de sociedades que promueven estereotipos de género en las que la violencia es una herramienta dentro de la violencia estructural que promueve la subordinación de las mujeres sin distinción de racialidad, etnia, clase, nivel educativo, edad o religión.

A nivel Latinoamericano se establece la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres en Belém Do Pará (1994) la cual es el primer Instrumento Internacional que reconoce el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. De modo que adhiere a los lineamientos propuestos en la CEDAW, por lo tanto, se entiende por violencia contra la mujer: “cualquier acción o conducta basada en su género, que cause muerte, daño físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público o privado” (OEA, 1994, p. 2).

Por último, en la cuarta Conferencia de Beijing se reitera el apoyo al protocolo facultativo de la CEDAW reafirmando el compromiso a “garantizar la plena aplicación de los derechos humanos de las mujeres y las niñas como parte inalienable, integral e indivisible de todos los derechos humanos y libertades fundamentales” (ONU MUJERES, 1996, p. 2).

2.2. Legislación en Uruguay

En Uruguay se comienzan a manifestar movimientos desde el Estado a partir de la creación de la Comisaría de la Mujer y la Familia como lineamientos dispuestos por la Jefatura de Policía de Montevideo en 1988, generando un primer paso de acercamiento al problema de la VBG. A nivel legislativo se aborda la violencia doméstica cuando se la conceptualiza como delito incorporándola en el Código Penal en forma de artículo 321 bis dentro de la Ley 16. 707 Ley de Seguridad Ciudadana en 1995. En la cual se expresa de la siguiente forma:

El que por medio de violencias o amenazas prolongadas en el tiempo, causare una o varias lesiones personales a persona con la cual tenga o haya tenido una relación afectiva o de parentesco, con independencia de la existencia del vínculo legal, será castigado con una pena de seis a veinticuatro meses de prisión. (Ley de Seguridad Ciudadana, 1995, p. 5)

Años más tarde, se logra un avance importante, a partir del año 2002 se comienza a visibilizar la violencia doméstica como un problema social para lo cual se incorpora a la agenda pública elaborándose la Ley 17 514. En su artículo 2 define a la violencia doméstica como

Toda acción u omisión, directa o indirecta, que por cualquier medio menoscabe, limitando ilegítimamente el libre ejercicio o goce de los derechos humanos de una persona, causada por otra con la cual tenga o haya tenido una relación de

noviazgo o con la cual tenga o haya tenido una relación afectiva basada en la cohabitación y originada por parentesco, por matrimonio o por unión de hecho (Ley de Violencia Doméstica, 2002, p. 1).

Por medio de este instrumento legal se crea a través del artículo 14 el Consejo Nacional Consultivo de Lucha Contra la Violencia Doméstica (CNCLVD). Debido a la presión de la sociedad en su conjunto se desarrolla el Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Doméstica el cual se enfocó en la promoción de derechos y desarrollar estrategias de prevención de la violencia doméstica, se puso énfasis en la capacitación y formación de recursos humanos especializados en el tema y la atención a víctimas y rehabilitación de los agresores. Se incorpora el desarrollo de estrategias que articulan las diferentes instituciones intervinientes por lo cual se convierte en el primer instrumento a nivel nacional que incorpora este tema a nivel intersectorial.

En el año 2005 en el marco del MIDES se crea el Instituto Nacional de las Mujeres –en adelante INMUJERES– el cual será el organismo rector de las políticas de género en el Uruguay.

En 2007 a través de la Ley 18.104 –Ley de Igualdad de derechos y oportunidades entre hombres y mujeres en la República Oriental del Uruguay– se crea a través del artículo 8 el Consejo Nacional Coordinador de Políticas Públicas de Igualdad de Género dentro de la órbita del Ministerio de Desarrollo Social –en adelante MIDES– cuya finalidad es integrar las diferentes posturas provenientes del Estado, la academia y la sociedad civil para promover el desarrollo de políticas públicas desde una perspectiva de género que aborden de forma integral el problema de la violencia basada en género.

Un paso significativo se realizó en 2011 al aprobarse la Ley 18.850 mediante la cual se establece una pensión y asignación familiar especial a hijos e hijas de mujeres fallecidas por violencia doméstica.

Un año más tarde el Estado uruguayo incorpora la violencia doméstica como problema social elaborando estrategias dirigidas a la generación de un “País Libre de Violencia Doméstica” con la participación de todas las instituciones públicas, organizaciones de la sociedad civil y la academia como forma de dar respuestas hacia este flagelo.

En este sentido, se instala la necesidad de generar un marco jurídico integral que aborde este problema, en razón de ello se realiza en 2013 la *Primera Encuesta Nacional de*

Prevalencia sobre Violencia Basada en Género y Generaciones (2013) dando como resultado que siete de cada diez mujeres mayores de quince años de edad manifestaron haber sufrido algún tipo de violencia basada en género a lo largo de su vida. El desarrollo de una mirada integral colocando el fenómeno como un problema de mucha complejidad permite posicionarse con una mirada más abarcativa visibilizando las bases socio culturales que sostienen las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres.

Siguiendo los lineamientos establecidos por los diferentes instrumentos internacionales a los cuales Uruguay adhiere como Estado parte, se comienza a desarrollar una batería de acciones a partir de 2016 con el “Plan de Acción por una vida libre de violencia de género”, con mirada generacional a partir de las actividades realizadas por el Consejo Consultivo de Lucha contra la Violencia Doméstica.

En palabras de Gherardi (2016) a partir de los movimientos iniciados en algunos países de América Latina en 2007 se comienza a generar leyes de segunda generación que aborden de forma integral la VBG incorporando el concepto de VBG previsto en la Convención de Belém Do Pará. Las leyes de protección integrales poseen características significativas en cuanto a la conceptualización de la VBG explicitando los diferentes tipos de VBG y también en el desarrollo de abordajes del problema.

De este modo, basándose en los principios establecidos en la CEDAW, la Convención de Belém Do Pará y la Convención de Derechos de la Niñez se comienza a implementar en 2017 la elaboración de la Ley Integral 19580 (Ley Integral de violencia hacia las mujeres basada en género, 2017) estableciendo como objetivo la erradicación de la violencia contra mujeres, niñas, niños y adolescentes enfatizando el derecho a las mujeres de una vida libre de violencia. Por medio de esta Ley se establece un nuevo Consejo Nacional Consultivo por Una Vida Libre de Violencia de Género hacia las Mujeres (CNCVLVGM). En su artículo 4 define a la VBG como:

Una forma de discriminación que afecta directa o indirectamente, la vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, así como la seguridad personal de las mujeres. Se entiende por violencia basada en género hacia las mujeres, toda conducta, acción u omisión, en el ámbito público o privado, que, sustentada en una relación de poder en base al género, tenga como objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento,

goce o ejercicio de los derechos humanos o las libertades fundamentales (Ley Integral de violencia hacia las mujeres basada en género., 2017, p. 2).

En esta misma línea Beramendi et al (2015) sostienen que la violencia contra las mujeres es el resultado de las practicas que condiciona una cultura patriarcal en la cual se promueven relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres. Las cuales se reproducen debido a la generación de mandatos sociales que promueven determinadas formas de ser y estar para hombres y mujeres. Es decir, se generen estereotipos de género en los cuales se asignan diferentes roles en base a una división binaria de acuerdo al sexo asignado, donde la heteronormatividad, la división sexual del trabajo y el sexismo serán los pilares de esta cultura patriarcal.

En 2017 se aprueba la Ley 19.538 en la cual se introduce una modificación en los artículos 311 y 312 del Código Penal introduciendo el femicidio como un agravante del homicidio en situaciones donde una mujer sea asesinada por su condición de género.

La violencia contra las mujeres forma parte de una violencia estructural cuyo fin es la subordinación de las mujeres en razón de su sexo, violencias que muchas veces son naturalizadas e invisibilizadas legitimando la supremacía masculina.

En este sentido, cumpliendo con lo dispuesto en la Ley 19580, INMUJERES (2019) desarrolla el Sistema de Respuesta en Violencia Basada en Género el cual se encuentra conformado por un conjunto de dispositivos y programas que forman el Sistema Interinstitucional de Respuesta Integral: la Red departamental de servicios por una vida libre de violencia basada en género la cual incluye una red de servicios de atención a mujeres en situación de violencia basada en género que cubre los diecinueve departamentos de Uruguay. Incluye servicios de atención a varones que ejercen o han ejercido violencia hacia sus parejas o ex parejas. A su vez se disponen de equipos de articulación territorial en el interior del país y un equipo territorial en Montevideo. Estos equipos de atención brindan atención psicosocial y asesoramiento legal desde un enfoque interdisciplinario teniendo en cuenta la singularidad de cada situación.

También se incluyen el Servicio de atención a mujeres en situación de trata con fines de explotación sexual, el Portal de Ingreso a Centros de Estadía Transitoria, Casa de Breve Estadía para mujeres en riesgo de vida por violencia doméstica, Centro de Estadía Transitorias de INMUJERES (CETI) para mujeres que se encuentran en situaciones de violencia doméstica con riesgo moderado, programa en convenio con el Ministerio de

Vivienda y Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente (MVOTMA) de Alternativas habitacionales transitorias para mujeres en proceso de salida de situaciones de violencia doméstica y trata con fines de explotación sexual y por medio de convenios con el Instituto Nacional de Empleo y Formación Profesional (INEFOP) se dispone del Programa de Alternativas Laborales.

En ese mismo año por medio de la Ley 19.223 se lleva a cabo la implementación del Código de Proceso Penal por medio del cual se crea la Unidad de Víctimas y Testigos - en adelante UVyT- quien trabajará en coordinación con fiscalía y la policía para generar una red de protección hacia las víctimas de delitos. A través del Protocolo de Actuación en casos de Violencia Doméstica y Violencia Sexual desarrollado por la Fiscalía General de la Nación (2020) se establecen los objetivos de la UVyT en promover y fortalecer una participación activa de las víctimas que garantice el acceso a la justicia con equidad a su vez destaca un rol asociado a la atención de las secuelas de los delitos en las víctimas y testigos.

En 2019 debido a la presión social resultante por la alta tasa de situaciones de violencia basada en género y feminicidios en Uruguay, se dispone a partir de la resolución del Poder Ejecutivo 760/019 el inicio del Plan de Emergencia Nacional por una Vida Libre de Violencia de Género. Donde se implementaran una serie de medidas con el fin de fortalecer el sistema de respuesta, con la expansión del mismo en todo el territorio nacional, a ello se suma la implementación por parte del Ministerio del Interior de dispositivos de monitoreo y control electrónico, a su vez INMUJERES - MIDES invierte en la generación de más servicios de respuesta en atención especializada en violencia basada en género llegando a un total de treinta y tres servicios. A estas medidas se le suma la creación de Centros de Estadía Transitoria para mujeres expuestas a situaciones de VBG. A su vez, se coordinan estrategias de salida a estas situaciones con la colaboración del Ministerio de Vivienda, Instituto Nacional de Empleo y Formación Profesional –en adelante INEFOP– y las Intendencias del país. Desde el Ministerio de Salud Pública –en adelante MSP– se crean equipos de referencia en atención a situaciones de VBG, también desde el Instituto de la Niñez y Adolescencia en Uruguay –en adelante INAU– se desarrollan estrategias de respuesta en situaciones de NNA que están expuestos a situaciones de VBG.

En la *Segunda Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia de Género y Generaciones* (2019) surge el dato que el 76,7% de las mujeres consultadas mayores de

quince años han estado expuestas a situaciones de VBG, este porcentaje corresponde a una cifra que podría alcanzar a 1.1 millón de mujeres en Uruguay. A su vez, de esta población de mujeres consultadas un 37,1% había estado expuesta a situaciones de maltrato en la infancia, o sea que cuatro de cada diez mujeres habían sido expuestas a algún tipo de violencia en su infancia. Otro dato significativo es que el 47% de las mujeres mayores de quince años consultadas en esta ocasión manifestaron haber estado expuestas en algún momento de sus vidas a situaciones de VBG por parte de su pareja o ex pareja. Dentro de los diferentes tipos de VBG se desprenden los siguientes datos: Violencia Psicológica 44,6%, Violencia Patrimonial 22,8%, Violencia Física 19,9%, Violencia Sexual 10,7%. Es posible afirmar que más de un millón de mujeres uruguayas han sido expuestas a situaciones de VBG por lo cual prácticamente ocho de cada diez mujeres ha sufrido VBG a lo largo de su vida.

Cabe agregar que se ha desplegado una campaña de visibilización del problema desplegándose líneas de atención telefónicas a través del 0800 4141 y *4141 para celulares, a su vez cada ministerio ha desarrollado planes de sensibilización, prevención y atención en violencia basada en género capacitando a funcionarios y funcionarias generando protocolos de atención en el tema.

Es importante destacar la implementación de la aplicación 911 para teléfonos móviles con botón de pánico en caso de una situación de violencia de género. A su vez el Ministerio del Interior dispuso la compra de tobilleras electrónicas conjuntamente con una mayor coordinación con el Poder Judicial. En Uruguay se destacan grandes logros en la lucha contra este flagelo en cuanto a la promoción de estrategias de prevención y sanción de la VBG que involucran la participación de todas las instituciones del Estado junto con las Organizaciones de la Sociedad Civil, sin embargo todos los esfuerzos generados han quedado reducidos debido a la magnitud del problema.

3. Capítulo Conceptual

3.1. Antecedentes Teóricos

En la década de los noventa, Herman (1997) a través de su libro *Trauma y Recuperación* sostiene que las personas que se exponen a eventos traumatizantes prolongados desarrollan un tipo de desorden post traumático que erosiona su estructura psíquica. Este desorden escapa a los criterios diagnósticos de Trastorno de Estrés Postraumático -en adelante TEPT- por lo cual esta autora lo denomina Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPTC). Esto significó un primer paso en dar una categoría de enunciación a un sufrimiento que no tenía nombre. Lo cual propone un nuevo diagnóstico que integra diferentes sintomatologías que pacientes adultos presentaban con historias de trauma crónico sostenido por largos períodos de tiempo, como por ejemplo violencia sexual, malos tratos y violencia doméstica. Es decir, están expuestas a eventos que amenazan su integridad física y la propia vida donde es posible experimentar sensaciones de indefensión y de terror. Hay que mencionar, además, cuando no es posible escapar, las acciones de defensa podrían quedar inhibidas y desorganizadas, prácticamente bloqueadas, generando la posibilidad de producir importantes daños en el sistema de respuesta fisiológico fragmentando el sistema de defensa. A su vez, existe la posibilidad de que el daño causado a nivel psicológico, genere un deterioro en los sistemas de vinculación, de significado y el sentido de seguridad.

En esta misma línea Ogden (2011) sostiene que las personas con trastornos de orígenes traumáticos pueden tener predisposición a desarrollar respuestas de hiperactivación y/o hipoactivación, es decir desde estados de hipervigilancia, aceleración del pulso, elevación de la presión cardíaca donde se produce una fragmentación de la experiencia que surgirán como síntomas intrusivos en forma de flashbacks y pesadillas. En la otra respuesta, por el contrario, a través de la hipoactivación experimentan desvanecimiento respecto de las emociones y sensaciones, este tipo de respuesta incluye síntomas disociativos como amnesia, estados de confusión, déficits de atención, por lo cual el trauma afecta la mente y el cuerpo.

Conviene subrayar que dentro de la extensa revisión bibliográfica se destacan como antecedentes teóricos, los aportes que se realizan desde Argentina, Crempien Robles

(2012) en su artículo *Traumatización Relacional Compleja*, realiza un análisis e investigación sobre la violencia hacia las mujeres como ejercicio abusivo de poder y cómo repercute en el psiquismo y el cuerpo de las mujeres. A través de diversos estudios se sugiere que las sobrevivientes a trauma complejo producto de violencia doméstica tienden a exponerse a situaciones de revictimización como forma de relacionarse. Es de destacar que según Terr (1995) estamos en presencia de traumas de tipo II acumulativo dentro de relaciones que se sostienen el sometimiento, subordinación y la sistematización del abuso del poder por parte del varón quien a su vez representa la figura de calma y consuelo. Se establece de este modo un vínculo traumático que impacta en la identidad sobre sí misma, en su percepción y del agresor, en la regulación emocional y aislamiento social. Las funciones psíquicas quedarían suspendidas con respuestas desadaptativas ante las situaciones de peligro.

En concordancia con estos aportes, desde España, Nieto y López (2016) mediante la publicación de su artículo *Abordaje Integral de la Clínica del Trauma Complejo*, incorporan la importancia del abordaje integral en la clínica ante situaciones de trauma complejo a través de la experiencia en poblaciones de mujeres en riesgo de exclusión social, mujeres con consumo problemático de sustancias, mujeres que han sufrido violencia sexual, conjuntamente con todas las formas de violencia a las que están expuestas las mujeres en las relaciones sentimentales. Se apoyan en los aportes de Frewen y Lanius (2015) donde visibilizan al trauma complejo como la acumulación crónica y prolongada de sucesos traumatizantes cuyos efectos repercuten en todas las dimensiones de la persona. Es decir, todas las áreas de funcionamiento podrían ser afectadas por la traumatización múltiple con repercusiones a corto, mediano y largo plazo. Por ello es de vital importancia que el abordaje a este tipo de situaciones se realice de forma integral e interdisciplinaria teniendo en cuenta el nivel psicobiológico, relacional y social.

En sintonía con este desarrollo, Asensi y Araña (2006) por medio de la publicación en una investigación sobre un caso clínico en Alicante: *TEPT complejo en violencia de género*, sostienen que la variedad de síntomas derivados de la exposición sistemáticas a estresores como la violencia doméstica y violencia sexual generan trauma complejo.

Conjuntamente Mora (2015) a través de la publicación *Cuando llueve sobre mojado: consecuencias psicológicas en mujeres víctimas de violencia de género traumatizadas en la infancia*, manifiesta su experiencia en atención multidisciplinaria en dispositivos de atención a mujeres en situación de violencia de género en la ciudad de Madrid, realiza

una relación entre las experiencias de maltrato, negligencia y abuso sexual infantil como factores de riesgo para sufrir violencia en la vida adulta. Las experiencias de abuso temprano se entienden como factores de vulnerabilidad que afecta en la adultez la capacidad de afrontamiento en relaciones abusivas, entre estos factores se encuentran: baja autoestima, creencia negativa sobre sí misma, generación de patrones de apego inseguro donde la misma persona que cuida también genera daño, conjuntamente con miedo al abandono.

Se debe agregar que existe un importante volumen de literatura científica que aborda el tema de violencia basada en género y sobre trauma complejo, no obstante, es muy reducida la producción de conocimiento que vincule ambas temáticas. En definitiva, es importante hacer alusión a la nula presencia de antecedentes de producción científica a nivel nacional respecto del impacto del trauma complejo debido a la exposición a múltiples y prolongadas formas de VBG. Recientemente Mosquera (2021) realiza la publicación de un *Manual para la comprensión y el tratamiento psicológico integral de los efectos de la violencia de género en las mujeres* desde una perspectiva del trauma. Haciendo hincapié en la relevancia de incluir la historia vital y los antecedentes de violencia en sus variadas dimensiones. Ya que la mayoría de las mujeres que han sido expuestas a situaciones de VBG son conscientes de su historia de trauma pero no de los efectos que habían tenido en sus vidas. La autora refiere que existen una serie de experiencias frecuentes en las infancias y adolescencias de las mujeres que han sido expuestas a situaciones de VBG por parejas o ex parejas:

Falta de sintonía: El significado de las emociones y las necesidades se encuentran distorsionadas por lo que aprendieron con sus figuras de cuidados primarias en como la han tratado.

Necesidades no cubiertas: En estas instancias la niña y adolescente aprende a ignorarlas y a no esperar nada. Piensa que lo que necesita no es importante.

Inversión de roles: Cuidan a los demás porque no aprendieron otra forma de relacionarse en un contexto afectivo.

Invisibilidad: Cuando han crecido en contextos donde ser invisible es una forma de pasar desapercibida para sobrevivir, aprenden a quedar en silencio para evitar problemas.

Falta de regulación diádica: Sin las herramientas de regulación necesarias para gestionarse emocionalmente que debieron aprender en sus infancias, en la vida adulta repetirá las mismas estrategias solo que comenzaran a ser desadaptativas a su contexto actual.

Responsabilidad no asumida: En infancias maltratantes donde los adultos referentes no se hicieron cargo de sus actos y responsabilizan a niñas y adolescentes, ellas aprenden a asumir una culpa que no les corresponde. Generando la sensación de culpa crónica.

Maltrato y abuso: En contexto de maltrato se tiende a naturalizar esas violencias por lo que se hace difícil identificarlas lo cual en la vida adulta será complejo visibilizar situaciones de VBG.

Esta perspectiva permite realizar aportes importantes en cuanto a la intervención, articulando la neurobiología, teoría del apego, la psicotraumatología y EMDR.

3.2. Marco Teórico

3.2.1. Teoría del Apego

Desde que llegamos al mundo, nuestra prioridad es la supervivencia manteniendo una relación física y emocional con las figuras de cuidado primario. A través de los aportes de Bowlby (2006) con el desarrollo de la teoría del apego en los años setenta, conceptualizó la tendencia de desarrollar vínculos afectivos (a las que denomina conductas de apego) con una disposición a buscar proximidad y contacto de forma selectiva con las personas más cercanas y significativas, especialmente en situaciones donde el niño o niña está asustado y necesita consuelo. Esta conducta de apego se organizará de acuerdo a las experiencias que se generen dentro de la familia, “consiste en tratar de designar sistemas motivacionales para promover la satisfacción y regulación de las necesidades básicas. Entre esas necesidades, la búsqueda de protección por personas específicas es prioritaria” (Marrone et al., 2009, p. 50). De este modo nuestros vínculos más significativos nos moldean a lo largo de las trayectorias evolutivas desde la infancia hasta la adultez. Se interiorizan esas experiencias de crianza generando modelos internos de trabajo –en adelante MOI– los cuales variaran si parten de experiencias maltratantes o de cuidado. En esta línea Di Bártolo (2017) coincide que los MOI son una especie de mapas cognitivos, representaciones mentales que tiene cada persona de sí misma y de su

entorno que organizan las experiencias cognitiva, subjetiva y adaptativa. Cuyo fin será regular la interacción entre la figura de cuidado primaria y el niño o niña basándose en la generación de una representación de la figura de cuidados. La cual se centra en la disponibilidad para cuando la niña o niño la necesite y la representación de sí misma, más precisamente la representación de su propio valor donde se pondrá en juego cuanto aceptable y merecedor es la protección de la figura de cuidados.

Una alumna y colega de Bowlby, Mary Ainsworth (1970) desarrollará un estudio de laboratorio para observar los patrones de apego, al cual denominó *La Prueba de la Situación Extraña*¹, a raíz de esta experiencia se logra probar que los patrones de apego son el resultado de las relaciones con las figuras de cuidados primarios de modo que “lo que pasa en los veinte minutos de la prueba refleja en forma operacionalizada lo que sucedió a lo largo del primer año de vida” (Di Bártolo, 2017, p. 31) de forma tal que fue posible clasificar de acuerdo a las estrategias de seguridad y organización para enfrentar las situaciones de estrés en tres categorías de apego: seguro, evitativo y ambivalente.

3.2.1.1. Apego Seguro

En este patrón de apego, se encuentran aquellos niños y niñas que pueden explorar y jugar de forma libre mientras su figura de cuidado primario se encuentra presente, de este modo el niño o niña muestra su confianza y siente seguridad de que esta figura va a estar disponible en caso de necesitarla. En caso de algún evento estresante o separación, el niño o niña se angustiará y de forma inmediata la energía que estaba dispuesta a la exploración se interrumpe para buscar apoyo, contención y protección con su figura de cuidados primarios.

Para Hernández (2017) la conexión emocional madre-hijo o hija es fundamental en el neurodesarrollo de los primeros años de vida, ya que el desarrollo emocional fomentará

¹ En esta experiencia se utiliza niños y niñas de dos años y de dieciocho meses de edad en una dinámica que dura aproximadamente veinte minutos. El niño o niña entra con su madre o padre (solo con una figura de cuidados primarios) a una sala de juegos luego de unos minutos entra una figura desconocida que entabla un diálogo con la figura de cuidados presente, luego de unos minutos la madre o el padre se retira de la sala por dos minutos. Luego, la figura de cuidados regresa unos minutos y la figura desconocida se retira de la sala, permanece unos minutos y vuelve a irse. Esta vez, el niño o niña quedará solo unos minutos y luego entrará a la sala la figura desconocida quien intentará calmar al niño o niña por unos minutos, finalmente vuelve a ingresar la figura de cuidados.

la incorporación de la capacidad de autocuidado y de conexión social. Por lo tanto se podría decir que

El apego seguro depende de la sintonía psico biológica del cuidador con las alteraciones dinámicas del niño entre la activación y los estados afectivos. Mediante las comunicaciones no verbales visual-facial, táctil-gestual y auditiva-prosódica, el cuidador y el niño aprenden una estructura rítmica del otro y modifican su propio comportamiento para encajar en la estructura y de allí co-crear una interacción especialmente a medida.(...)A partir de esta receptividad contingente, la madre aprende las expresiones no verbales de la hiperactivación interna del niño y de los estados afectivos, los regula y los comunica de vuelta al niño (Schore, 2013, p. 6).

De aquí, surge la teoría que postula Schore (2013) la cual sostiene que la experiencia de apego, resulta de la sincronización entre el hemisferio derecho de la figura de cuidados primaria y el hemisferio derecho del niño o niña.

En esta interacción diádica se produce una regulación emocional para que el niño o niña adquiera las herramientas para ser capaz de sentir sus emociones y gestionarlas y de esta forma recuperarse rápidamente de las emociones negativas. Ante la presencia de la figura de cuidados los niños o niñas se acercan directamente con una disposición de apertura a su contención. En respuesta al contacto restablecen su homeostasis y vuelve el interés por la exploración y el juego.

Son niños y niñas que confían en que las figuras de cuidados estarán presentes en situaciones difíciles estando disponibles para contenerlos. Son niños y niñas con mayor confianza en sí mismos, tienen la capacidad de generar relaciones más estables y saludables mostrándose con mayor apertura a la intimidad.

3.2.1.2. Apego Evitativo

De acuerdo con los planteos de Di Bártolo (2017) estos niños y niñas están menos atentos a la figura de cuidados primarios, exploran y juegan con mucha libertad y ante la separación, sus montos de angustia son significativamente menores a los niños y niñas con apego seguro. Se distinguen por el desinterés que demuestran ante la contención de la figura de cuidados primarios, enfocándose en el juguete, de este modo evitan esa figura. Parecen muy independientes y seguros de sí mismos ya que suelen resolverse solos y solas. La clave en este comportamiento es la falta de confianza en las respuestas que

pueden recibir de sus figuras de cuidados, cuya finalidad es evitar la ansiedad y sensación de fracaso y en mostrar su necesidad emocional ante figuras de cuidados que no han estado disponibles o por el contrario que han sido demasiado intrusivas. Desde el punto de vista de Hernández (2017) son niños y niñas que están dispuestos a sacrificar la cercanía para evitar el rechazo o la agresión. Para generar el interés de sus figuras de cuidados lo muestran a través de logros físicos y académicos. Se muestran colaboradores y perfeccionistas sin dar espacio a la intimidad. Los niños y niñas evitativos tienen dificultades en expresar de forma clara sus emociones, no pudiendo conectar con los estados mentales de los demás y consigo mismos. Es decir, se guardan sus emociones, las internalizan, evitan la interacción con los demás y buscan calmarse en soledad, lo cual este distanciamiento puede ser su patrón principal como organizador de sus experiencias, debido a ello sus creencias se basan en frases como, no me puedo apoyar en nadie.

3.2.1.3. Apego Ambivalente

Según Siegel (2016) para poder desarrollar una sintonía con el bebé es necesario saber diferenciar cuando la figura de cuidados se puede acercar y cuando debe mantener una distancia óptima para proporcionar un espacio emocional. Muchas veces los adultos se confunden y suelen generar cierta incoherencia en esta distancia óptima volviendo impredecible su respuesta. En este tipo de apego, los niños y niñas mantienen activadas las estrategias de apego no pudiendo estar enteramente enfocados a la exploración y el juego, ya que su interés se enfoca en controlar la presencia y disponibilidad de la figura de cuidado primario. Esta conducta surge ante experiencias de respuestas inconsistentes por parte de sus figuras de cuidados primarios. Estos niños y niñas han aprendido a desarrollar estrategias de sobrevivencia ante la imprevisibilidad de las figuras de cuidado intentando obtener su atención cuidado a través de la preocupación y aferrándose a ella.

Ante situaciones de estrés y separación los niños y niñas ambivalentes manifiestan un monto elevado de malestar, y ante la presencia de la figura de cuidados tienen dificultad en calmarse. Es decir, rechazan la figura de cuidados al mismo tiempo que la buscan, de aquí el nombre de ambivalente. Los niños y niñas ambivalentes sobre expresan su malestar con rabia, frustración o impotencia, buscan constantemente el contacto con la figura de cuidados mostrando dificultades para separarse de ella, espera que la figura de cuidados la calme sin hacer intentos de auto regulación y se muestran cautos en sus interacciones. Estos niños y niñas tienen una vivencia de ansiedad de ser amado y amada y de ser lo suficientemente valioso para sus figuras de cuidados, su seguridad se basa en

aumentar las conductas de apego. Generalmente desarrollan modelos de sí mismos como poco inteligentes, inseguros, y desconfianza ante los demás y miedo al abandono. Sus creencias se basan en expresiones como, no sé si va a estar para mí o ni hasta cuándo va a estar para mí.

3.2.1.4. Apego Desorganizado

Años más tarde Main y Solomon (1990) luego de hacer una revisión exhaustiva de más de doscientos videos de la “Situación Extraña” logran detectar una nueva categoría con niños y niñas a los cuales no se los podía clasificar con las categorías anteriores. Eran niños y niñas incapaces de organizar una estrategia ante el estrés. A su vez, Main y Hesse (1990) proponen un modelo etiológico del surgimiento de este tipo de patrón de apego con figuras de cuidados primarios que generan conductas atemorizantes y atemorizadas lo que provoca un miedo sin solución al ser las personas que debería de generar protección y cuidado las mismas que generan daño.

Es importante agregar los aportes de Schore (2013) en cuanto a la integración de las neurociencias y la teoría del apego, al mostrar la relación que existe entre los vínculos y los mecanismos neurobiológicos de regulación del afecto. A través de sus investigaciones muestra como el apego desorganizado se genera con cuidadores primarios demasiado intrusivos o por el contrario inaccesible que despliegan respuestas inapropiadas o rechazantes a las necesidades emocionales de los niños y niñas. Las cuales no ayudan a la generación de estrategias de regulación emocional por el contrario, se deja al niño o niña experimentando estados estresantes, con alta tasa de perturbación emocional por largos períodos de tiempo. Este autor sostiene que la respuesta psico biológica de niños y niñas expuestos a situaciones de estrés interpersonales por largos períodos de tiempos se basan en el despliegue de las respuestas de hiperactivación y disociación. En el primer caso, se activa el Sistema Nervioso Autónomo –en adelante SNA– con la parte simpática con la activación de las respuestas de lucha-huida donde aumenta la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la respiración. Este proceso activa la secreción de corticotropina –en adelante CRF– en forma de cortisol que se transporta a través del torrente sanguíneo como forma de activar los órganos para luchar o huir. Por otro lado, se puede activar la segunda respuesta: la disociación como forma de desconectarse de los estímulos del mundo exterior.

En concordancia con Di Bártolo (2017) son niños y niñas que carecen de estrategias de regulación emocional para lograr la homeostasis, por lo tanto despliegan conductas

incoherentes ante sus figuras de cuidado. En consecuencia, el niño o niña despliega simultáneamente el sistema de apego y de defensa, esto se transformará en futuras formas de relacionamiento con los demás donde se experimentará esa necesidad de afecto y protección que no estuvo presente en la infancia. El apego desorganizado en la infancia es considerado un predictor de problemas sociales y emocionales y de psicopatología en la vida adulta. A partir de estos hallazgos se realizaron una importante cantidad de estudios que sostienen esta posición, como el desarrollado por Abrams et al (2006) donde se sugiere que el apego desorganizado incluye alteraciones en la cognición, a nivel emocional y relacional, con una fuerte relación con síntomas disociativos lo cual es un indicativo de la carencia de cuidados positivos.

3.2.1.5. Trastorno del Apego

Según Rygaard (2008) los NNA que padecen de trastorno del apego se caracterizan por la reducción en la capacidad de responder emocional y relacionalmente de forma adaptativa. Manifestándose en una serie de comportamientos observables en NNA que no han recibido la atención suficiente en la infancia temprana. En esta línea Martí (2019) coincide en que el Trastorno del apego se origina en la falta de generación de un apego seguro en los primeros meses de vida, como consecuencias de experiencias relacionadas con la negligencia, maltrato y separación abrupta de sus figuras de cuidado primarias entre los primeros seis meses de vida y los tres años.

A su vez, este tipo de trastorno se encuentra identificado como una categoría diagnóstica en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales –DSM V– (2016) en el cual se observa que los NNA cuando necesitan contención no muestran intentos coherentes de obtener apoyo, cuidado o protección de sus figuras de cuidados primarias. Es un trastorno que se caracteriza por la ausencia de búsqueda de consuelo y la falta de respuestas a las conductas de protección, apoyo y validación. Cómo requisito fundamental para su diagnóstico debe estar presente situaciones de negligencia social grave.

Todas estas situaciones dejan huellas en los cuerpos y en las psiquis de NNA, Heller y LaPierre (2017) sostienen que el shock traumático y el trauma en el desarrollo pueden dañar la capacidad de regular las emociones y alterar las funciones autónomas básicas como la respiración, la frecuencia cardíaca, la presión arterial y el sueño. La conexión diádica entre las figuras de cuidado y el bebé en los primeros meses de vida puede ser amenazada, alterando el desarrollo de importantes áreas del bebé debido a prácticas

inadecuadas de crianza, falta de sintonía, eventos adversos, situaciones traumáticas de nivel interpersonal. En este contexto cada ser humano generara un estilo adaptativo de supervivencia a cada contextos interiorizando modelos internos para organizar sus experiencias y sus sentidos de sí mismos.

3.2.2. Maltrato Infantil

En América Latina y el Caribe las investigaciones internacionales indican altas tasas de desigualdad social y los índices más altos de expresiones de violencias contra mujeres y NNA. Según informa Comisión Económica Para América Latina –en adelante CEPAL– (2009) en Uruguay en el 2008 un 82% de los adultos entrevistados manifestaron alguna forma de maltrato psicológico y física hacia un NNA en el hogar. En la actualidad la situación en la región se vio complejizada por la pandemia de SARS-CoV-2 (COVID-19), en tal sentido CEPAL (2020) refiere como esta pandemia ha profundizado la crisis, con el deterioro socioeconómico que ha aumentado las desigualdades de género y también ha repercutido en la reducción de elementos esenciales de cuidados y protección a las infancias y adolescencias. Para lidiar con la pandemia los Estados han tenido que realizar grandes esfuerzos y se han desplegado múltiples recursos para la atención. Por lo tanto, se hace énfasis en la prioridad en la atención a las violencias hacia las infancias y adolescencias como prioridad en la agenda pública de los Estados. Para ello, se deben optimizar los recursos para estimular la oferta de atención en salud mental de NNA desde la prevención como acciones necesarias en respuesta a las situaciones detectadas.

En Uruguay a través del informe del Sistema Integral de Protección a la Infancia y Adolescencia contra la Violencia –en adelante SIPIAV– (2020) se detectaron 4911 situaciones de maltrato denunciadas, del cual un 19% corresponde a situaciones de Abuso Sexual Infantil –en adelante ASI–, un 26 % acapara las situaciones de negligencia, un 19% refiere a situaciones de maltrato físico y un 34% alude a formas de maltrato emocional. En el informe realizado en este año por SIPIAV (2022) que analiza la información sobre maltrato en la infancia en el 2021 se detectaron 7035 situaciones de maltrato denunciadas, del cual un 20% corresponde a situaciones de ASI, un 24% corresponde a situaciones de negligencia, un 17% a situaciones de maltrato físico y un 37% pertenece a situaciones de maltrato emocional. En la siguiente tabla se muestra a partir de los diferentes informes anuales realizados por SIPIAV, la evolución de la detección de las diferentes formas de maltrato en Uruguay a partir de 2018.

Denuncias de maltrato infantil en Uruguay					
Informe SIPIAV 2018-2021					
Año	Situaciones De Maltrato Denunciadas	Maltrato Emocional %	Maltrato Físico %	Abuso Sexual Infantil %	Negligencia %
2018	4131	32%	25%	23%	20%
2019	4774	32%	22%	24%	22%
2020	4911	34%	19%	19%	26%
2021	7035	37%	17%	20%	24%

Tabla 1. Situaciones de Maltrato Infantil denunciadas en Uruguay. Informe SIPIAV

A través de los datos publicados en el último informe de SIPIAV (2022) se observa que aumentó un 43% de las situaciones de maltrato denunciadas respecto al año anterior, si se observa la evolución de las situaciones denunciadas desde 2018 refleja el continuo aumento de la capacidad de detección, intervención y registro por las Instituciones que trabajan en proteger los derechos de las infancias y adolescencias en consonancia con los instrumentos internacionales ratificados por Uruguay. Sin embargo, estas cifras solo reflejan las situaciones detectadas e intervenidas, lo cual no contempla la magnitud del problema, solo percibiéndose la punta del iceberg, quedando invisibilizada la cifra negra que abarca a todas las situaciones que no han sido denunciadas.

Para Barudy (2005) la violencia intrafamiliar simboliza la expresión disfuncional en el sistema familiar que se sustenta en relaciones de poder que someten a niños, niñas y adolescentes y mujeres dentro de los hogares. Cuando la violencia se convierte en una forma crónica de expresión interpersonal, se producen una serie de fenómenos que atentan contra los derechos de los miembros más vulnerables de la familia. La violencia hacia NNA es un fenómeno complejo donde se entretajan diferentes formas de vulneración en derechos solapándose unas con otras generando una constelación traumática donde generalmente las más visibles son el maltrato físico y el abuso sexual.

En este sentido se puede definir malos tratos hacia NNA como

cualquier daño físico, psicológico y emocional, no accidental contra un NNA menor de dieciocho años de edad ocasionado por sus padres o cuidadores que ocurre como resultado de acciones físicas, sexuales y emocionales de acción u omisión y que amenaza el desarrollo normal tanto físico como psicológico del NNA (García Fuster & Musitu Ochoa, 1993, p. 35).

Esta definición se alinea con lo expresado por otros autores que refieren a los maltratos en la infancia como “cualquier conducta de abuso o de abandono que provoque lesiones/enfermedad/trastornos, con independencia de la gravedad, se debe considerar como malos tratos”(Cantón Duarte & Cortés Arboleda, 2015, p. 5).

En esta misma línea es de destacar los aportes de Pincever (2008) al hacer referencia a los factores familiares que aumentan el riesgo de maltrato infantil como ser alcoholismo y/o consumo problemático de sustancias por uno de las figuras de cuidados, problemas de salud mental de una de las figuras de cuidados, ausencia de una de las figuras de cuidados, incapacidad para sostener y mantener una trayectoria educativa, historial parental de malos tratos en la infancia, falta de apoyo social, situaciones de VBG entre sus figuras de cuidados, historia de traumas en sus figuras de cuidados primarios.

Es importante destacar los efectos que produce la exposición a situaciones de maltrato, en este caso Barudy (2010) agrega que la negligencia y el maltrato emocional dejan a NNA sin los cuidados, y los estímulos necesarios para que sus cerebros se desarrollen adecuadamente. El antecedente de estas experiencias adversas en la infancia y adolescencia es un indicador de falta de competencias parentales severas y a su vez, ofrece una explicación de la gran variedad de trastornos y dificultades que presentan NNA afectados por este fenómeno, en especial cuando se trata de situaciones de cronicidad. Dentro de la etiología de las violencias hacia la infancia y adolescencia se pueden identificar una serie de expresiones y prácticas que generalmente se solapan una con otra, y que se dan dentro del ámbito familiar, es decir, ocurren en el lugar “más seguro”, su propia casa.

3.2.2.1. Tipos de Maltrato Infantil

Maltrato Físico: Se considera maltrato físico a cualquier acción u omisión de las figuras de cuidados que provoque daño físico o enfermedad en NNA. Muchas veces se utiliza el maltrato físico como una forma de disciplina ya sea con la mano u otro objeto. En palabras de Paul Ochotorena (2007) es una práctica que deja huellas en los cuerpos de NNA que

se manifiesta en hematomas en cualquier parte del cuerpo, quemaduras con cualquier tipo de objeto, fracturas, torceduras o dislocaciones, heridas en cualquier parte del cuerpo, señales de mordeduras humanas, cortes, pinchazos, lesiones internas.

Abandono: Es un tipo de maltrato infantil que Barudy (2005) lo cataloga como una forma de maltrato pasivo debido a la omisión de prácticas de cuidados que garanticen el bienestar de niños y niñas. Se trata de instancias donde se deja al niño o niña con otras personas por un período de tiempo prolongado o permanente.

Maltrato emocional: Como expresa de Paul Ochotorena (2007) se trata de la falta de respuestas a nivel emocional de NNA lo cual inhibe la proximidad e interacción entre las figuras de cuidados y NNA. Dentro de esta tipología se encuentra el rechazo, aterrorizar al NNA, aislamiento e ignorar al NNA. No se tienen en cuenta las necesidades de afecto y apoyo emocional dejando a NNA solos en momentos de mucha ansiedad, estrés o angustia.

Negligencia: Para de Paul Ochotorena (2007) implica la omisión por parte de las figuras de cuidados de proveer las necesidades básicas a NNA, es decir, alimentación, vestido, higiene, protección y cuidado en forma temporal o permanente. De este modo las necesidades físicas, psicológicas y emocionales de NNA no son cubiertas. A su vez, Barudy (2005) agrega que dentro de la negligencia se incluyen aquellas actitudes que expresan las figuras de cuidados de forma deliberada en cuanto a evitar el sufrimiento de NNA. En esta categoría también se encuentran todas aquellas acciones, actividades que se desarrollan en el hogar por los adultos y que las realizan NNA como por ejemplo tareas domésticas y de cuidados.

Maltrato psicológico: Según Barudy (2005) en estas situaciones de maltrato el NNA es agredido a través de insultos y verbalizaciones cuyo fin es humillar, degradar y generar rechazo. El daño de este tipo de violencia es proporcional a su invisibilización.

Bullyng: En sintonía con Lecannelier (2020) este tipo de maltrato se reproduce en el ámbito escolar y liceal donde NNA son expuestos a situaciones de intimidación física, psicológica, social o sexual.

Abuso sexual: Para Cantón Duarte (2015) el abuso sexual infantil –en adelante ASI– es una de las expresiones más crueles de violencia hacia las infancias y adolescencias y constituye un delito y lamentablemente ocurre con mucha frecuencia de acuerdo a los

datos de cada informe de SIPIAV. La Convención sobre los Derechos de la Niñez –en adelante CDN– (1989) en su artículo 34 se expresa que todos los Estados partes se comprometen a proteger al niño de todas las formas de explotación y abuso sexual. Baita y Moreno (2015) lo definen como cualquier actividad de origen sexual con un niño, niña, adolescente que no puede dar su consentimiento, actividades que incluyen el contacto sexual mediante la fuerza o manipulación. Se desarrolla en una relación con una asimetría de poder por la diferencia de edad, poder, rol y fuerza física, conocimientos, sumado al componente emocional cuando el agresor es una figura de cuidado primario. El objetivo principal de este tipo de violencia es la gratificación sexual mediante la cosificación del cuerpo de NNA.

Classen et al (2005) a través de una revisión de treinta estudios sugiere que el abuso sexual infantil es un factor de riesgo para la revictimización en la vida adulta, en el cual, aproximadamente dos de cada tres mujeres que son victimizadas en su infancia pueden ser revictimizadas en la vida adulta.

Es importante destacar que los diferentes tipos de violencia suelen aparecer de forma interrelacionada y se mantienen a lo largo del tiempo, muchas veces surgen tempranamente al comienzo de la relación con el despliegue violencia psicológica para luego ir aumentando en intensidad con la incorporación de otros tipos de violencia cuya finalidad será la de someter a la mujer.

Exposición a situaciones de VBG: Diversos autores sostienen que la exposición de NNA a situaciones de VBG es una expresión de maltrato infantil, al decir de Lizana (2012) conforma una forma de maltrato psicológico ya que es un fenómeno que se puede manifestar en una multiplicidad de variedades como ser testigos presenciales, escuchando lo que sucede, viendo las lesiones en los cuerpos de sus madres, ser víctimas directas de esas violencias e interponerse entre el agresor y su madre exponiendo sus cuerpos a situaciones de riesgo. En Uruguay a través de datos recabados en la *Segunda Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia Basada en Género y Generaciones* (2019) surge el dato que 386.000 NNA han sido expuestos a situaciones VBG en su hogar.

A juicio de López (2014) existen varios tipos de exposición a VBG entre ellos se destaca: la exposición prenatal, la intervención en cuanto a NNA que quieren impedir la situación de violencia, victimización referente a cuando son agredidos durante las situaciones de

VBG, cuando se obliga a la participación de los NNA en las situaciones de VBG, observación de los sucesos, escucha de las situaciones de VBG, observación de las secuelas de las violencias, escuchar conversaciones sobre lo que sucedió y el desconocimiento de los sucesos. Los NNA atraviesan una constelación traumática compuesta de múltiples situaciones estresantes dentro de un contexto de relaciones interpersonales significativas cuya duración e intensidad sobrepasa las respuestas y recursos tanto de los NNA como de las figuras de cuidados primarias.

3.2.3. Violencia Basada en Género

La VBG es un problema complejo de salud pública y derechos humanos con múltiples aristas que se sostiene en la desigualdad que existe en las relaciones de poder entre hombres y mujeres. De acuerdo a lo expresado en Uruguay la *Segunda Encuesta Nacional de Prevalencia sobre VBG* (2019) en 2019 un 76% de las mujeres consultadas afirman haber sido expuestas a situaciones de VBG a lo largo de su vida. Se trata de un fenómeno complejo inserto dentro de una cultura patriarcal que promueve relaciones desiguales de poder donde las mujeres se encuentran en lugares de subordinación. Este contexto da origen a una “matriz cultural que se constituye en la base sobre la cual se estructuran diversas formas de exclusión, sometimiento y discriminación que agudizan y agravan la multiplicidad de daños sufridos” (Beramendi et al., 2015, p. 55).

Esta realidad se complejiza con el surgimiento en 2019 de la pandemia COVID 19 con la cual dentro de los hogares, este fenómeno se ha visto incrementado notoriamente, volviéndose una pandemia invisible que afecta a miles de mujeres, niñas, niños y adolescentes en el Uruguay. Siendo el propio hogar el lugar más peligroso para mujeres, niñas y adolescentes. Para Hernández (2014) esta problemática está incrustada en sociedades donde los roles de género son rígidos y definidos promoviendo la reproducción de una masculinidad hegemónica asociada con una actitud agresiva, donde el honor tiene un lugar importante, y sobre todo, se abala la utilización de la violencia hacia mujeres, niñas, niños y adolescentes como forma de resolver los conflictos.

Según los datos presentados por el Ministerio del Interior (2021) sobre violencia doméstica y de género entre 2016 y 2021 en Uruguay, se puede observar que en todos los años se supera las treinta mil denuncias, e incluso se observa una suba significativa en los

años 2017 y 2018. Asimismo, es importante mencionar que existen dificultades al momento de denunciar a causa de diversos factores que inciden directamente en que las mujeres puedan dar ese paso: miedo al agresor, sentimientos de culpa y vergüenza, exposición a la opinión social, desconfianza a las instituciones que intervienen en la política pública, entre otros factores. Por otra parte, según el relato de algunas mujeres con quienes también se ha tenido contacto por temas de atención en VBG desde mi experiencia profesional, manifiestan que no se les ha tomado la denuncia en unidades del Ministerio del Interior, lo cual vulnera los derechos de las mujeres e incrementa la sensación de desprotección de las instituciones que responden en la aplicación de la política pública a nivel estatal. Por otro lado se ha visto incrementada la demanda en la atención a mujeres en situación de VBG en los servicios de la red de atención en VBG, con un aumento significativo de dispositivos de control y monitoreo electrónico. En la siguiente tabla se puede observar la evolución de las denuncias realizadas sobre violencia doméstica en Uruguay entre 2016 y 2021 junto a la colocación de dispositivos de monitoreo y control electrónico.

Denuncias de violencia doméstica en Uruguay 2016-2021		
Año	Denuncias	Tobilleras
2016	34.321	376
2017	39.376	691
2018	39.542	704
2019	32.721	786
2020	33.004	1496
2021	31.661	1795

Tabla 2. Denuncias realizadas de Violencia doméstica. Observatorio de Violencia y Criminalidad-División de Políticas Públicas.

Es un fenómeno complejo que también afecta a los hijos e hijas de mujeres expuestas a VBG. Es decir, el ejercicio de prácticas que reproducen formas de violencia hacia la

infancia y adolescencia violan los derechos humanos, estas situaciones se reproducen en el marco de relaciones interpersonales dentro del hogar. En este contexto NNA sufren de manera directa las consecuencias a la exposición de las diferentes manifestaciones de la VBG. En este sentido se define violencia como “el uso deliberado de la fuerza o poder, real o en forma de amenaza que tenga o pueda tener como resultado lesiones, daño psicológico, un desarrollo deficiente, privaciones o incluso la muerte” (Pinheiro, 2010, p. 4). Por lo tanto, no sería adecuado adherir a concepciones que posicionan a NNA como testigos de situaciones de VBG, al decir de Miranda et al (2021) debido al daño que genera la VBG en NNA, sería adecuada la expresión “expuestos a VBG” ya que de la otra forma se les asigna un lugar de pasividad frente a la violencia, dado que son sujetos con producción de subjetividad que desarrollan diferentes estrategias para sobrevivir a un ambiente traumatizante.

Existe consenso en la producción académica respecto de que la exposición temprana de niños y niñas a situaciones de VBG podría aumentar las probabilidades de que sean revictimizados y revictimizadas en un futuro.

La violencia basada en género hacia mujeres, niñas y adolescentes es una violación a los derechos humanos, que se manifiesta a través de comportamientos coercitivos que transgreden la libertad y ejercicio de derechos de mujeres, niñas y adolescentes. En esta línea Herrera (2015) afirma que es parte de una violencia estructural cuya finalidad es la subordinación de las mujeres por la masculinidad hegemónica desarrollada en el marco de una sociedad patriarcal. En palabras de Radford y Russel (2006) la VBG es un mecanismo de control, sujeción, opresión y castigo hacia las mujeres que se manifiesta en el marco de una supremacía patriarcal cuyo es el despliegue de poder del hombre con el fin de subordinar a la mujer. La VBG es parte de una violencia estructural producto de un sistema social que permite la cosificación de los cuerpos de mujeres, niñas y adolescentes contribuyendo a la exclusión de espacios fundamentales fomentando la discriminación y limitando su condición de sujeta de derechos.

A partir de la Convención de Belem Do Pará (1994) se establece el derecho a las mujeres a vivir una vida libre de violencia, entendiendo a la misma como una violación a los derechos humanos, y se la expresa en su Art. 1: “Debe entender por violencia contra la mujer cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado” (OEA, 1994, p. 1). En esta misma línea Romero y Álvarez (2015) agregan que

la VBG es la violencia que ejercen los hombres sobre las mujeres solo por el hecho de ser mujer. En este sentido el Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém Do Pará (2014) sostiene que no se trata de un fenómeno aislado, por el contrario, es un problema multidimensional que afecta a las mujeres, niñas y adolescentes de toda América del Sur el cual se sustenta en las relaciones asimétricas de poder entre hombres y mujeres que perpetúan la reproducción de la desigualdad y discriminación social.

Bajo este esquema, Calce (2015) agrega que la violencia dentro del espacio doméstico tiene características propias como su carácter cíclico y progresivo donde se vivencia la amenaza como un aviso potencial de daño, lo cual genera miedo e inseguridad. En este sentido Walker (2012) hace referencia al ciclo de la violencia, el cual lo divide en tres fases, comenzando por una acumulación de tensión donde aumenta la violencia psicológica y emocional donde la víctima se culpa de lo sucedido e intenta evitar que se repitan los incidentes complaciendo al agresor, también puede darse que se naturalicen y minimicen los sucesos violentos adjudicando la responsabilidad en si misma o en factores externos a la pareja como por ejemplo el consumo de sustancias y alcohol. Luego de esta fase cuando la tensión se encuentra al límite, sucede la explosión de la tensión en la que el agresor carece del control de sus actos y se producen las agresiones físicas y sexuales y por último la etapa final que se denomina de luna de miel o arrepentimiento, sucede de inmediato a la fase anterior donde el agresor se manifiesta arrepentido de sus actos y pide perdón prometiendo que no volverá a ocurrir. Utiliza la manipulación mostrándose más afectuoso de lo normal, por lo cual, esta fase genera mucha confusión e incredulidad en la víctima, ya que suele pensar que fue una situación única, que no volverá a suceder. A su vez, a medida que se repite el ciclo de la violencia esta fase se acorta en el tiempo hasta que desaparece, es en este momento en la que la mujer se siente atrapada en un círculo al que no le ve una salida, los sistemas de respuestas han fracasado y se encuentra en un estado de indefensión aprendida.

En palabras de Lorente (2020) el agresor pretende a través de la VBG, dar una lección a la mujer como una forma de demostrar el poder dentro de la relación dejando claro los lugares que ocupan en la misma, manifestándose que la mujer se encuentra en una posición de sometimiento a los deseos del agresor.

A su vez, existe un cuerpo de investigaciones que parten como forma de comprensión del fenómeno desde una visión del trauma y las teorías del apego. Teniendo en cuenta en como la exposición a experiencias adversas en niñas y adolescentes puede ser un factor

de vulnerabilidad para futuras revictimizaciones en la vida adulta en situaciones de VBG con parejas o ex parejas. En sintonía con este planteo Condino et al (2020) y Velotti et al (2018) sostienen que posicionarse desde la teoría del apego, teniendo en cuenta la complejidad en las relaciones entre cuidadores y niños y niñas, junto a las relaciones significativas entre adultos podría generar un marco útil para comprender el fenómeno de la VBG hacia mujeres por parejas o ex parejas. En esta línea varias investigaciones desarrolladas por Speranza et al (2022), Pallini et al (2017) y Park (2016) en este campo, han demostrado que muchas mujeres expuestas a VBG por su pareja o ex pareja poseían un tipo de apego inseguro o desorganizado. A su vez, se encontró que con frecuencia las mujeres expuestas a situaciones de VBG presentaron experiencias adversas interpersonales durante la infancia que no habían sido resueltas ni integradas adaptativamente, lo cual puede comprometer la capacidad de integrar procesos emocionales, sensoriales y cognitivos afectando el sentido de agencia personal, lo cual podría ser la causa de la fragmentación de sí mismo, lo que lleva a dificultades en las relaciones sociales, el manejo de las emociones y el manejo del estrés.

En concordancia con estos planteos Clauss y Clement (2021) sostienen que la exposición crónica a situaciones adversas junto a la exposición de situaciones de VBG por parte de la pareja o ex pareja posiblemente genere alteraciones en la tolerancia a nivel emocional junto a déficit en la valoración del riesgo impidiendo el reconocimiento de situaciones de peligro y amenaza. Por lo tanto, la anulación de la subjetividad junto con el desarrollo de anestesia emocional podría ser parte de estrategias defensivas originadas en contextos de infancias maltratadas. A su vez, la presencia de apego desorganizado en las muestras de estos estudios sugiere que las mujeres tenían figuras de cuidados que eran incapaces de responder con una parentalidad positiva y de hacerse responsables de los maltratos ejercidos. Por lo cual, es posible que en esas infancias vulnerabilizadas, las mujeres hayan aprendido que expresar sus necesidades podía generar rechazo, abandono o castigo. Estos autores agregan que con la vivencia temprana de transitar por múltiples y prolongadas formas de maltrato infantil puede generar representaciones de sí mismas como inútiles, culpables y merecedoras del castigo en sus infancias. Concluyendo que la negación de estas experiencias podría ser una forma de defensa psicológica para sobrevivir, se trata de la evitación, estrategia que podría reproducirse en relaciones de pareja en la vida adulta.

3.2.3.1. Tipos de Violencia de Género

Las violencias hacia las mujeres se expresan de múltiples formas las cuales muchas veces se reproducen de manera tal que se interrelacionan unas con otras y se mantienen a lo largo del tiempo, y su finalidad es la subordinación de las mujeres dentro de un sistema sexo-género. De este modo es posible distinguir diferentes formas de expresiones de la VBG hacia mujeres por parte de la pareja o ex pareja como la violencia física, psicológica, sexual, económica, patrimonial, vicaria, ambiental, simbólica y feminicida.

En este contexto para el caso de Uruguay, siguiendo los lineamientos de la Convención de Belém Do Pará, la Ley 19 580 (Ley Integral de Violencia Basada en Género hacia las Mujeres, 2017) detalla los diferentes tipos de violencia que se producen dentro de una relación de pareja o ex pareja. Los cuales son resultado de la articulación con elementos conceptuales sobre este fenómeno.

Violencia física: En el Artículo 6 describe a la violencia física como “toda acción, omisión o patrón de conducta que dañe la integridad corporal de una mujer” (Ley Integral de Violencia Basada en Género hacia las Mujeres, 2017, p. 4). De acuerdo a lo expresado en el “*Protocolo de actuación de la unidad de Víctimas y Testigos*” de la Fiscalía de la Nación (2020), cuando se hace referencia a *toda acción* se deberán entender como acciones de violencia física que implique cualquier conducta que ejerza el agresor con el fin de agredir a una mujer, incluirá por ejemplo conductas violentas como el golpear con los puños y mano abierta, empujones, apretones, tirar de los pelos, patadas, estrangulamiento, la utilización de objetos, armas blancas y de fuego y sustancias químicas para causar algún tipo de lesión física. El término *omisión* hace referencia a situaciones de negligencia o privación en situaciones donde la víctima requiere cuidados médicos. Es la forma de violencia que deja secuelas visibles en los cuerpos de las mujeres, esta visibilidad puede generar en la mujer conciencia de la situación de peligro y pedir ayuda.

Violencia psicológica o emocional: Este tipo de violencia es definido como

toda acción, omisión o patrón de conducta dirigido a perturbar, degradar o controlar la conducta, el comportamiento, las creencias o las decisiones de una mujer, mediante la humillación, intimidación, aislamiento o cualquier otro medio

que afecte su estabilidad psicológica o emocional. (Ley Integral de Violencia Basada en Género hacia las Mujeres, 2017, p. 4)

Es decir, se configura en aquellas conductas cuyo fin es desvalorizar a la mujer se lleva a cabo “mediante manipulaciones emocionales que se manifiestan en desprecio, humillación o culpabilización, que tienen el efecto de reducir la autoestima y la seguridad en sí misma de la mujer” (Alberdi & Matas, 2002, p. 96). Se trata de un tipo de violencia que es difícil de comprobar y de acuerdo a la literatura científica genera tanto o más daño a nivel psicológico que la exposición a situaciones de violencia física.

Violencia por prejuicio hacia la orientación sexual, identidad de género o expresión de género. Continuando con la enumeración de expresiones de VBG, la discriminación por la orientación sexual “Es aquella que tiene como objetivo reprimir, sancionar a quienes no cumplen las normas tradicionales del género” (Ley Integral de Violencia Basada en Género hacia las Mujeres, 2017, p. 4).

Violencia económica: En este apartado la Ley 19580 la expresa como “toda conducta a limitar, controlar o impedir ingresos económicos de una mujer, incluso el no pago contumaz de las obligaciones alimentarias, con el fin de menoscabar su autonomía” (Ley Integral de Violencia Basada en Género hacia las Mujeres, 2017, p.5). Su fin es la de aumentar el control sobre la víctima impidiendo que acceda a una fuente laboral por ejemplo promoviendo el desarrollo de la dependencia económica hacia el agresor.

Violencia patrimonial: Se trata de una expresión de VBG que se encuentra ligada a la violencia económica, se configura como “toda conducta dirigida a afectar la libre disposición del patrimonio de una mujer, mediante la sustracción, destrucción, distracción, daño, pérdida, limitación o retención de objetos, documentos personales, instrumentos de trabajo, bienes, valores y derechos patrimoniales” (Ley Integral de Violencia Basada en Género hacia las Mujeres, 2017, p.5).

Violencia simbólica: Es un concepto desarrollado por Bourdieu (2007) como una forma de dominación masculina, en la que unos sujetos someten y unas sujetas son sometidas. Mediante un proceso de socialización en la cual la condición de ser mujer se encuentra disminuida imponiéndose una visión androcéntrica del mundo. Estas manifestaciones se pueden ejercer a través de mensajes, valores, símbolos, íconos, imágenes, signos e

imposiciones sociales, económica, políticas, culturales y de creencias religiosas que transmiten, reproducen y consolidan relaciones de dominación, exclusión, desigualdad y discriminación, que contribuyen a naturalizar la subordinación de las mujeres.

Violencia Vicaria: Es aquel tipo de violencia en la cual se ejerce hacia los hijos e hijas para herir a la mujer, es decir causar daño a la mujer a través de sus seres queridos. Es un tipo de VBG que se ejerce de forma indirecta hacia la mujer, y una forma de VBG hacia NNA, en palabras de Porter y López (2022) es una manifestación de la violencia en casos en los que el agresor no puede acceder directamente a la mujer re direccionando el foco de la violencia hacia una figura significativa de la mujer. Se produce por medio de actitudes de negligencia, no cumplir con los acuerdos de visitas, amenazas e insultos frente a los hijos e hijas, manipular a los hijos e hijas para que vigilen y controlen a su madre. Se observa al momento de tener algún contacto con el agresor en NNA conductas internalizantes como ansiedad, angustia, falta de confianza, miedo, tristeza, llanto y desgano, también se encuentran conductas externalizantes como irritabilidad, agresividad y resistencia al contacto con el agresor. Por último es posible que apreciar somatizaciones expresadas en vómitos, náuseas, dolor de estómago y enuresis.

Violencia ambiental: La Fiscalía General de la Nación (2020) sostiene que son aquellas conductas violentas en las cuales el agresor rompe objetos, pertenencias y documentación de la mujer.

Violencia feminicida o femicida: es la acción de extrema violencia que atenta contra el derecho fundamental a la vida y causa la muerte de una mujer por el hecho de serlo. Para Russel et al (2006) el asesinato de mujeres por el hecho de ser mujeres perpetrados por el hombre se constituye en femicidio. Se considera como la máxima expresión de dominación contra las mujeres. De este modo dieron nombre a una situación que estaba invisibilizada, generaron una nueva categoría de análisis para hacer pública una forma de violencia contra las mujeres. Significa un “genocidio contra las mujeres y sucede cuando las condiciones históricas generan prácticas sociales que permiten atentados violentos contra la integridad, la salud, las libertades y la vida de niñas y mujeres” (Lagarde, 2011, p. 19). En Uruguay el feminicidio constituye la forma más extrema de VBG cuyas cifras reflejan la magnitud de un flagelo que azota a toda la sociedad. En la siguiente tabla se puede observar la evolución de los femicidios en el Uruguay a partir de 2012.

Femicidios en Uruguay 2012-2022	
Año	Femicidios
2012	26
2013	23
2014	18
2015	26
2016	22
2017	27
2018	30
2019	25
2020	21
2021	30
Junio 2022	15

Tabla 3. Femicidios. Observatorio de Violencia y Criminalidad-División de Políticas Públicas.

Violencia Sexual: Se trata de una de las formas de violencias de género que se ejerce hacia las mujeres por el hecho de ser mujer. Labrador et al (2004) manifiesta que se trata de un fenómeno que comprende cualquier intimidad sexual forzada por la pareja, ya sea a través de amenazas, coacción, manipulación, que la mujer se encuentre inconsciente o en estado de indefensión. En este sentido la OMS la define como

Todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta persona con la víctima, en cualquier ámbito, incluido el hogar, y el del trabajo (Krug et al., 2002, p. 161).

Continuando con el desarrollo de esta idea Alberdi y Matas (2002) proponen que la violencia sexual incorpora todas aquellas formas de violencia que utilizan al cuerpo de las mujeres contra su voluntad. La violencia no sucede de forma aislada, ni como un

hecho único, forma parte de la violencia estructural como forma de sometimiento a mujeres, niñas y adolescentes. Entonces, las dinámicas de violencia sexual que se ejercen dentro de la pareja abarca “el contacto sexual abusivo, hacer que una mujer participe en un acto sexual no consentido, y la tentativa o consumación de actos sexuales con una mujer que está enferma, incapacitada, bajo presión o bajo la influencia de alcohol o drogas” (Naciones Unidas, 2006, p. 43). Son dinámicas de poder en las cuales se somete a la mujer al poder del varón, se cosifica el cuerpo como objeto para la generación de satisfacción y placer sexual de la pareja. Bagwell-Gray et al (2015) realiza una distinción de las tácticas para ejercer violencia sexual que van desde el uso de tácticas no físicas mediante el uso de acciones controladoras, manipulación y degradantes y el uso de violencia psicológica. Dentro de esta taxonomía se encuentra, por ejemplo, la no utilización de preservativo o quitárselo antes de la eyaculación, el control sobre las decisiones sexuales, la coerción reproductiva. El uso de la fuerza física o la amenaza de violencia física para obtener o intentar tener relaciones sexuales, tocamientos no deseados, sufrir algún tipo de maltrato físico no deseado durante la relación sexual, como golpes, mordiscos, estrangulaciones. A su vez, Martínez Sanz (2015) propone otra clasificación en base a los motivos de deseo de dominación y control sobre la mujer, como forma de castigo y humillación y como una forma de expresar sadismo motivado por fantasías sexuales. La violencia sexual es una experiencia traumatizante que puede generar una multiplicidad de consecuencias negativas que impactan en varias áreas de la salud de la mujer, como ser, en la salud mental, física, sexual y reproductiva. Sin embargo, Martínez Sanz (2018) sostiene que en la mayoría de las situaciones la violencia sexual es invisible, debido a que no es percibida como una forma de violencia, ni siquiera por las mujeres, normalizan y naturalizan estas formas de violencias y las incorporan como un deber ser de la mujer, no perciben la imposición pero se sienten obligadas, sustentado en las creencias sobre los roles de género. Cabe destacar que esta invisibilización de este tipo de violencia se encuentra vinculada a una escasez de estudios que generen producción de conocimiento al respecto. No obstante, dentro de los estudios más destacado se encuentra el informe comparativo realizado por Bott et al (2014) para la Organización Panamericana de la Salud –en adelante OPS– recaba información de doce países de América Latina, uno de los objetivos era medir la violencia sexual ejercida por parte de un esposo, compañero o ex pareja alguna vez en su vida. De este modo surgieron datos relevantes respecto del total de población de mujeres encuestada, que muestran la incidencia de la violencia sexual en la región, como por ejemplo en Bolivia con el 15,2

%, en El Salvador 14,6%, en Nicaragua el 13,1 %, en Perú el 9,4%, en Jamaica el 7,6%. Además, se comprueba una prevalencia mayor en zonas urbanas comparado a las zonas rurales. De estos datos, a su vez se indagan sobre los antecedentes de abuso sexual infantil por ejemplo, dentro de la población consultada en Jamaica el 44,7% y en El Salvador el 53,1% tenía antecedentes de abuso sexual infantil, en Nicaragua ascendía al 61%. En el caso de Uruguay, mediante las Encuestas Nacionales de Violencia Basada en Género realizadas en 2013 y 2019 surgen los datos que muestran que del total de mujeres consultadas mayores de quince años un 6,7% en 2013 y un 10,7% en 2019 habían sufrido violencia sexual por parte de su pareja o ex pareja.

3.2.4. Perspectiva del Trauma

En el marco de la presente investigación al partir de los postulados de la psicotraumatología se pretende explorar el impacto a la exposición de múltiples y prolongadas formas de VBG. Por tal motivo, es importante hacer referencia al estudio de Experiencias Adversas en la Infancia (ACE) realizado por Felitti et al (1998) realizado en una muestra de 17.421 personas del Health Appraisal Center (HAC) del centro de salud Káiser en San Diego en conjunto con los Centros de Prevención y Control de Enfermedades (CDC) en Estados Unidos.

En este estudio se llega a la conclusión que el 60% de las personas consultadas habían sido expuestas a alguna experiencia adversa en la infancia, este autor hace una lista de experiencias adversas en las que se incluyen: abandono, maltrato físico, psicológico, emocional, negligencia, abuso sexual, bullying, exposición a VBG, fallecimiento de una de las figuras de cuidados primarios, tener alguna de las figuras de cuidados privada de libertad, cambios constantes e impredecibles de figuras de cuidado, consumo de sustancias y alcohol por una de sus figuras de cuidados, tener figuras de cuidado con enfermedades psiquiátricas. Para Felitti (2002) fue un hallazgo encontrar que estas experiencias son comunes en la mayoría de las infancias y adolescencias pero no tan reconocidas, y la relación que existe entre las experiencias emocionales en la infancia con la salud mental, física y emocional en la vida adulta. En definitiva a través de este estudio se pudo visibilizar el impacto que produce la exposición a diferentes formas de maltrato en la infancia en la vida adulta y la emergencia en potenciar y desarrollar políticas públicas con perspectiva de género que protejan mejor a nuestros NNA.

A partir de este estudio se pudo concluir que existe una relación proporcional entre la cantidad de experiencias adversas sufrida en la infancia y el desarrollo de psicopatología en la vida adulta junto a al aumento de posibilidades de revictimización

La exposición a eventos adversos y estresantes como el abuso sexual infantil y violencia basada en género puede dejar huellas traumáticas. En palabras de Levine (2013) describe el trauma como los efectos debilitantes que sufren las personas luego de tener experiencias abrumadoras o que han amenazado sus vidas afectando la capacidad de responder a esa situación ocasionando una pérdida de conexión con el self, el cuerpo y el entorno. Se podría decir que se trata de “una experiencia de estrés sin escape, que abruma los mecanismos de afrontamiento propios del ser humano y que produce no solo síntomas de orden psicológico, sino también fisiológico” (Baita & Moreno, 2015, p. 214) generando la sensación de miedo y desamparo.

La experiencia traumática para Ogden (2016) inhibe la integración de las diferentes formas de procesar la realidad a nivel sensoriomotriz, emocional y cognitivamente. Generar una flexibilidad en la adaptación entre estos tres sistemas permite generar la memoria autobiográfica, el pensamiento conceptual y la capacidad de desarrollar atención dual, diferenciando las experiencias del pasado de las experiencias del presente. Al producirse una fragmentación en la integración de estas tres formas de comprender la realidad genera la desregulación en diferentes áreas como la somática, emocional y psíquica.

Para Mosquera (2021) la exposición a situaciones traumáticas en la infancia y adolescencia suelen dejar graves repercusiones en la vida adulta, más aún cuando estas experiencias se manifiestan a temprana edad y es ejercida por una de sus figuras de cuidado. Por lo tanto, NNA crecen dentro de un sistema de cuidados que carece de estrategias de parentalidad positiva que les genera inseguridad y miedo, alterándose su percepción de seguridad y protección, lo cual dificulta generar una personalidad saludable. La responsabilidad no asumida por las situaciones de maltrato en la infancia puede generar que NNA interioricen que lo sucedido es su culpa, este aprendizaje es un factor de vulnerabilidad, pues condicionará en la adultez a que normalice las situaciones de violencia dificultándose desarrollar estrategias de cuidado.

Las situaciones de VBG se producen dentro de un vínculo afectivo entre la víctima y el agresor, para Crempien (2012) este tipo de relación traumática es la base de la

complejidad del fenómeno el cual genera consecuencias a nivel de la identidad de la mujer, física, emocional, relacional, afectando su funcionamiento psíquico y su salud mental. En definitiva

Las cogniciones postraumáticas, la baja autoestima y el déficit en solución de problemas, se explican en las mujeres víctimas de VBG como consecuencia de la situación que viven. Es un hecho conocido que la experiencia de un suceso traumático rompe las creencias que tiene acerca de sí, del mundo y de los demás (Rincón González, 2005, p. 43).

Continuando con este desarrollo es importante agregar las consecuencias que tiene la violencia contra las mujeres en los hogares con las consecuencias intergeneracionales ya que sus hijos e hijas sufren y son víctimas invisibles de este fenómeno.

A su vez, hay que tener en cuenta la clasificación que Terr (1995) realiza en la que se pueden diferenciar traumas de “tipo I” cuando el trauma es consecuencia de un único evento de carácter agudo e inesperado y de “tipo II” que se caracterizan por la exposición a eventos de forma crónica. Para Knipe (2019) los traumas de “tipo II” pueden ser eventos adversos de gran impacto que no necesariamente representen una amenaza de muerte los cuales suelen ser la base de problemas a nivel emocional de NNA y adultos.

Continuando con este desarrollo hay que tener en cuenta los conceptos Trastorno de Estrés Post Traumático y Trauma Complejo.

3.2.4.1. Trastorno de Estrés Post Traumático:

Para Baile (2020) el Trastorno de Estrés Post Traumático –en adelante TEPT– se trata de un trastorno que se compone de sintomatología desadaptativa psicológica y somática relacionada a un suceso traumático. Van der Kolk (2000) sostiene que este diagnóstico comienza a tomar relevancia a partir de los ochenta, gracias a los esfuerzos de grupos organizados de veteranos de la guerra de Vietnam y psiquiatras como Chaim Shatam y Robert Lifton que fueron visibilizando y generando conciencia de las secuelas traumáticas de la guerra. Lo cual genera que se visibilice este problema y se comienza a incluir el diagnóstico de TEPT en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM III) para capturar la sintomatología de eventos traumáticos aislados como accidentes de tránsito, asaltos, en los cuales se caracteriza la aparición de revivir los recuerdos de la experiencia traumática, evitación e hipervigilancia. En concordancia

Vargas y Coria (2017) agregan que se trata de un trastorno cuya única causa es la exposición a un evento o situación traumática. De acuerdo a lo establecido en la última edición del Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V) (2016) cuando se habla de TEPT se hace referencia cuando una persona está expuesta directa o indirectamente en un evento de amenaza de muerte, lesiones graves o violencia sexual. Y la sintomatología consiste en síntomas intrusivos, como pensamientos e imágenes recurrentes del episodio traumático que surgen a partir de gatillantes que generan re-experimentación del trauma, pesadillas, síntomas disociativos como despersonalización que involucra experiencias en que la persona se visualiza a sí misma en la situación. Existe, a su vez, una evitación a los estímulos ligados al suceso traumático, los cuales llevan a evitar pensar en el suceso, evitar lugares que lo recuerden y el contacto con personas relacionadas al mismo. Dentro de la sintomatología propia del TEPT se suman alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo con percepciones distorsionadas del suceso, sentido de culpa, miedo, sensación de que el mundo es peligroso. Por último, se agrega la alteración del sentido de alerta, con sobresaltos, con una persistente percepción de amenaza e hipervigilancia, dificultades para dormir y falta de concentración, irritabilidad. Los síntomas deben persistir durante varias semanas.

Se debe tener en cuenta que los recuerdos están fragmentados y no son integrados de forma adaptativa a la red de memoria.

Un dato a tener en cuenta es que no todas las personas expuestas a sucesos traumáticos pueden experimentar un TEPT, de acuerdo con Echeburúa y Corral (1997) solo un 25% de las personas expuestas se mostraran afectadas por este tipo de trastorno.

3.2.4.2. Trauma Complejo:

En la actualidad no existe un diagnóstico específico dentro del DSM V, sin embargo, en la Clasificación Internacional de Enfermedades 11 –en adelante CIE 11– se ha incluido el diagnóstico de TEPT complejo definiéndolo como:

Un trastorno que puede desarrollarse después de la exposición a un evento o una serie de eventos de naturaleza extremadamente amenazadora u horrible, eventos frecuentemente prolongados o repetitivos de los que resulta difícil o imposible escapar (por ejemplo, tortura, esclavitud, campañas de genocidio, violencia doméstica prolongada, abuso sexual o físico repetido en la infancia). Se cumplen

todos los criterios diagnósticos TEPT. Además el TEPT complejo se caracteriza por la gravedad y persistencia de 1) los problemas en la regulación del afecto; 2) las creencias respecto de sentirse uno mismo disminuido, derrotado o sin valor, así como sentimientos de culpa, vergüenza o fracaso relacionados con el evento traumático; 3) las dificultades para mantener relaciones y sentirse cerca de los demás. Estos síntomas causan un deterioro significativo en la esfera personal, familiar, social, educativa, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento (OMS, 2022).

En este caso, la gravedad de las experiencias y su prolongación en el tiempo y la sensación de indefensión generan efectos mucho más nocivos en las personas. Baita (2012) aduce que teniendo presente las diversas investigaciones sobre trauma se destaca que el porcentaje de NNA que desarrollan TEPT a una traumatización crónica interpersonal es baja. Como señala Van der Hart (2011) el síntoma nuclear de la traumatización crónica es invisibilizar lo que sucedió, no darse cuenta, naturalizando las violencias sufridas, su gravedad y sus consecuencias.

Cabe destacar que existe controversia en el reconocimiento del tema, Putnam (2003) y Van der Kolk et al (2005) agregan que existe un problema en la categorización diagnóstica de situaciones de NNA con maltrato crónico ya que se suele relacionar a comorbilidades relacionadas a diagnósticos de trastorno bipolar, trastorno por déficit atencional, trastorno de conducta, trastorno límite, ansiedad fóbica.

Sin dudas que un hito en la historia del estudio del trauma se relaciona con los aportes realizados por Felitti et al (1998) a través del estudio sobre Experiencias Adversas en la Infancia (ACES) sobre prevalencia del trauma en el Health Appraisal Center (HAC) del Centro de Salud Káiser de San Diego en cuya población de estudio se detecta que el 7,9% había sufrido abuso sexual en la infancia. En este estudio se puede determinar que existe una correlación entre la cantidad de experiencias adversas en la infancia y su posible repercusión en forma de psicopatología en la vida adulta y es un factor de vulnerabilidad para exponerse en relaciones que generen revictimización.

Más recientemente Briggs-Gowan et al (2010) en un estudio longitudinal con una muestra de 1788 niños y niñas del Departamento de Salud Pública de Connecticut surge el dato de que el 26% había estado expuesto a alguna experiencia adversa durante los primeros años de vida. En consonancia con estos resultados Merrick et al (2017) a través de un

estudio con una muestra de 7465 personas adultas pertenecientes al Centro de Salud Kaiser de California, encuentran una relación significativa entre la exposición a experiencias adversas en la infancia con problemas en la salud mental en la vida adulta. Por lo tanto, es importante tener presente en la etiología del trauma la relevancia que significa en el desarrollo de problemas en la salud mental la exposición a experiencias adversas en la infancia.

En concomitancia a estos planteos Lecannelier (2015) sostiene que el termino trauma complejo se relaciona con la exposición a múltiples y prolongadas experiencias traumatizantes de origen interpersonal con consecuencias a nivel del desarrollo del NNA, para ello es necesaria la comprensión del fenómeno a partir de la complejidad como una constelación traumática que organiza la experiencia subjetiva del NNA. Ello se ha demostrado en varios estudios realizados por este autor en el que se demuestra que existe un alto porcentaje de NNA que no han sufrido traumatizaciones aisladas por el contrario en los primeros cinco años de vida han experimentado al menos cuatro experiencias adversas.

En palabras de Herman (1992) las personas expuestas a traumas prolongados en la infancia y adolescencia pueden manifestar alteraciones en múltiples áreas psicobiológicas:

Alteración en la regulación de los impulsos afectivos: problemas en la regulación de afectos e impulsos, en la modulación de la ira, conductas autodestructivas, ideas de muerte e intentos de autoeliminación, dificultades en la modulación de la sexualidad y conductas de riesgo, problema de consumo problemático de sustancias.

Alteraciones en la atención y la conciencia: amnesia disociativa, síntomas disociativos, desrealización y despersonalización, embotamiento, lentitud de procesamiento, dificultad para mantener la atención y concentración, problemas con el sueño.

Alteración en la autopercepción: Sentido crónico de culpa y vergüenza, incompreensión, desesperanza.

Alteración en la percepción del maltratador: idealización, aceptación, dependencia e incorporación de su sistema de creencias.

Alteraciones en las relaciones con los demás: Dificultades para confiar, sensación de vulnerabilidad y peligro cuando comienzan nuevos vínculos. Inhabilidad para relaciones íntimas, revictimización y victimización.

Somatizaciones: Dolores y molestias que no tienen una explicación médica en el sistema digestivo, cardiopulmonar y reproductor, dolor crónico, fibromialgia.

Alteraciones en el sistema de significados: Infelicidad, pérdida del sistema de creencias.

En definitiva Lecannelier (2020) sostiene que el trauma complejo se caracteriza por estar o haber sido expuesto a múltiples eventos traumatizantes, lo cual puede generar la desorganización sistémica del cuerpo y la mente, produciendo alteraciones en la representación e imagen de la realidad y de sí misma y alteraciones en todos los ámbitos de la vida.

A su vez, Van der Kolk et al (2009) basándose en los resultados de veinte años de investigación en experiencias traumatizantes en la infancia, postulan el término “Trauma Complejo del Desarrollo” aludiendo al trauma relacional temprano, en estos estudios se demuestra la relación entre la exposición a múltiples formas de traumas en la infancia temprana, la gravedad de los síntomas a nivel del desarrollo y la revictimización y generación de psicopatología en la vida adulta.

3.2.4.3. Memoria Traumática

Se podría decir que “la memoria es el modo en que los acontecimientos pasados influyen sobre la función futura. Así pues la memoria es el modo en que la experiencia afecta al cerebro y consiguientemente altera sus respuestas futuras” (Siegel & Aldekoa, 2016, p. 52). A grandes rasgos, según Levine (2018) existen dos tipos de memorias las explícitas y las implícitas, las primeras se acceden de forma consciente y las segundas de forma inconsciente. Puede ser que cuando se transita por situaciones traumáticas las memorias no queden integradas adaptativamente y no sean asimiladas como un aprendizaje debido a los altos niveles de perturbación. Por lo tanto, el trauma sería un evento que no ha podido ser tramitado e integrado a la memoria episódica como un aprendizaje.

La literatura científica sostiene que las áreas implicadas en los procesos de memoria son el hipocampo y la amígdala. En palabras de Siegel (2016) la generación de grandes

cantidades de hormonas del estrés junto a la hiperactivación de la amígdala en situaciones traumáticas puede deteriorar el funcionamiento del hipocampo. Por ello, en las personas pueden provocar amnesias y no tener acceso a esos recuerdos o por el contrario, generar hipermnesia, es decir, recordar demasiado, en ambos casos queda la secuela de pérdida de control. A través de los avances en neuroimagen se ha podido demostrar que la exposición a situaciones de estrés crónico puede perjudicar al hipocampo con la reducción de su volumen lo que podría repercutir en problemas de aprendizaje en futuras instancias.

En esta misma línea, según Hernández (2020) cuando se produce en última instancia la disociación como respuesta defensiva, los recuerdos traumáticos no se viven como experiencias propias. Se pierde la sensación de control sobre los acontecimientos, a su vez, esas memorias quedan alojadas en el hemisferio derecho almacenadas disfuncionalmente en las neuro redes y al no existir una comunicación con el hemisferio izquierdo no se les puede dar una interpretación adecuada. Es decir, la persona debido a la experiencia traumática, se le bloquea el procesamiento de esa memoria y no puede consolidar corticalmente la experiencia. Una característica significativa de la memoria traumática es que quedan congeladas en el tiempo, por lo tanto cuando surgen de forma intrusiva reviven como si estuviera sucediendo el suceso traumático aquí y ahora. Este hecho se ha podido demostrar en varias investigaciones realizadas por Van der Kolk (2006) gracias a los avances de la tecnología en neuro imágenes, en las cuales las personas experimentan aumentos de flujo sanguíneo cerebral en la corteza orbito frontal derecha, la ínsula, la amígdala y el polo temporal anterior junto a una desactivación de la corteza pre frontal anterior izquierda, más precisamente el área de Broca (centro del habla) área fundamental para expresar lo que nos sucede. Quizás esa sea la explicación de porqué no se puede poner en palabras una situación traumática.

3.2.5. Teoría Polivagal

En la complejidad que implica el abordaje de situaciones traumáticas crónicas es importante hacer relevancia a los aportes de Stephen Porges (2017) con el desarrollo de la Teoría Polivagal mediante la investigación sobre el Sistema Nervioso Autónomo –en adelante SNA– y el nervio vago. El SNA es quien controla y regula los órganos viscerales, corazón pulmones, hígado, vesícula, intestinos, estómago, vesícula, riñones, órganos sexuales. El nervio vago es el décimo nervio craneal, Rosenberg (2019) afirma que se extiende por el organismo desde el bulbo raquídeo, pasando por el pecho y abdomen,

debe su nombre a su longitud y por el despliegue de múltiples ramificaciones. Este nervio se encarga de regular las funciones corporales que nos ayudan mantener la homeostasis.

Es en el SNA donde se analiza las respuestas al estrés de lucha-huida y congelación, de acuerdo a la activación de la rama simpática y parasimpática respectivamente. Lo cual permite que el organismo se defienda ante una posible amenaza, y acceda rápidamente a los recursos de activación fisiológica del SNA.

Sin embargo, esta teoría al estudiar el nervio vago se plantea que la rama parasimpática se divide en dos, una rama dorsal que es la más antigua y se encarga de la respuesta de congelación, y conservación de la energía y la rama parasimpática ventral filogenéticamente más reciente, que se encarga de la conexión social y de apego. Esta última consiste en las vías motoras que controlan y conectan los músculos de la cara y el corazón que se encarga de cómo la persona percibe la conducta de implicación de los demás, por medio del contacto visual, los gestos faciales y la afinación auditiva. Por lo tanto, el sistema de conexión social busca e identifica señales de seguridad, representa la zona de activación óptima, la ventana de tolerancia en la cual las personas se sienten tranquilas y reguladas, favoreciendo las conductas sociales.

A su vez, Dana (2019) agrega que estas reacciones de supervivencia se diseñaron para ser temporales, o sea, se activan ante una situación de estrés y luego se vuelve a un nivel homeostático. En esta misma línea Van der Kolk (2019) sostiene que la teoría polivagal proporciona un marco teórico que permite entender la multiplicidad de perturbaciones a nivel emocional, relacional y conductual en mujeres, niñas y adolescentes con historias de trauma crónico. Es así que Porges (2017) desarrolla el término *neurocepción* para describir como las personas a través de sus circuitos neurales diferencian cuando una situación es segura o peligrosa. Es decir, de acuerdo a la rama Vagal que se active determinará si la respuesta se asocia a conductas de acercamiento o pro sociales o de defensa. En este sentido si se activa la rama simpática –en adelante SNS– se genera hiperactivación con las respuestas de lucha-huida, en la cual se ve la hipervigilancia, movimientos desorganizados, ansiedad. Por el contrario, si se activa la rama parasimpática –en adelante SNP– Vagal dorsal se desplegarán respuestas más hipoactivas, con baja energía, insensibilidad, dificultades en conectar y síntomas disociativos.

A raíz de estos hallazgos Ogden (2016) comienza a visibilizar en personas expuestas a trauma crónico que se producía una desregulación en la activación permanente y constante, manteniendo respuestas de hiperactivación e hipoactivación. De este modo, las personas manifiestan sentirse con miedo, inseguras, ataques de pánico, mareos debido a que el SNA siente que la amenaza sigue presente y a través de gatillantes se activan las respuestas como si sucediera nuevamente. Es allí donde la neurocepción se encuentra desregulada ya que el SNA vive en ese pasado traumático, "el miedo se convierte en un problema cuando se activa ante todo y en todo momento. Esto ocurre a veces porque se queda literalmente el miedo metido en el cuerpo" (González, 2017, p. 19). Por ello es necesaria el desarrollo de intervenciones que partan de estos postulados para la incorporación de estrategias que promuevan la generación del sentido de seguridad exterior y emocional que vaya activando la zona de regulación óptima, ampliando de este modo la ventana de tolerancia.

3.2.6. Disociación Estructural

La disociación se vuelve una respuesta defensiva ante las constantantes situaciones la cual con el tiempo se transforma en una estrategia desadaptativa ya que se activa ante cualquier estímulo. En esta línea Nijenhuis et al (2011) teniendo en cuenta este contexto de traumatización, denominan disociación estructural cuando existe una falta en la integración de la personalidad y es posible identificar la presencia de dos o más partes de la personalidad las cuales no se encuentran integradas pero se mantienen estables. Van der Hart (2011) agrega que estas partes disociativas conforman un todo que incluyen un sentido del yo. La división mínima de partes disociativas es una parte aparentemente normal –en adelante PAN- y una parte emocional -en adelante PE-. La PAN es aquella que trata de evitar el recuerdo traumático y se dedica a seguir adelante en la vida cotidiana cargándose con múltiples actividades para mantenerse ocupadas, por el contrario, la PE es la parte disociativa que se queda anclada en la experiencia traumática, se expresa a través de imágenes y pensamientos intrusivos, flashbacks, donde surgen imágenes que hacen revivir las experiencias traumáticas como sí ocurrieran en el presente. Steele et al (2018) agrega que se trata de personas con dos patrones antagónicos de respuesta o sienten demasiado o no sienten nada, por tanto, desarrollan una desregulación fisiológica extrema, se hiperactivan y se hipoactivan.

4. Capítulo Metodológico

Para el desarrollo de esta investigación se buscó implementar una metodología que “diseñe el modo en que enfocamos los problemas y buscamos las respuestas” (Taylor & Bogdan, 1996, p. 15). Por tal motivo, se utilizó una metodología de investigación cualitativa, ya que esta toma en cuenta de manera central la vida de las personas, sus historias, construidas en determinadas circunstancias (Vasilachis, 2006). Es decir, la investigación cualitativa se enfoca en los múltiples significados que pueden otorgar las sujetas de investigación en las diferentes formas en que se producen las interacciones sociales en su cotidianidad captando sus experiencias vitales. Por lo cual una de las finalidades de la investigación cualitativa es comprender los significados que las sujetas de investigación otorgan a sus experiencias de vida junto al contexto en el que se desarrollan esas experiencias comprendiendo a su vez los procesos por los cuales fueron transitando.

Taylor y Bogdan (1996) señalan que la investigación cualitativa es aquella que produce datos descriptivos en relación a las palabras o conductas observables de las sujetas de investigación, a su vez, es inductiva ya que se busca comprender la realidad de las sujetas de investigación a partir de los datos que surgen de cada encuentro. Entonces, la investigación cualitativa “se interesa por la vida de las personas, por sus perspectivas subjetivas, por sus historias, por sus comportamientos, por sus experiencias, por sus interacciones, por sus acciones, por sus sentidos e interpreta a todos ellos de forma situada” (Vasilachis de Gialdino, 2006, p. 33).

De acuerdo al planteo que realiza Vasilachis (2006) se parte desde una epistemología del sujeto conocido debido a que las sujetas de investigación no son consideradas como objetos de estudio, sino como sujetas, por lo cual se genera una interacción cognitiva en el que tanto el investigador como la sujeta de investigación puede ampliar el saber que tienen del otro, produciendo el mismo de forma cooperativa desde lugares diferentes. A su vez, hay que tener en cuenta que en esta relación sujeto que conoce y sujeta conocida se producirá una forma de vinculación de influencia mutua a partir de los aportes de ambas partes que permitirá la construcción cooperativa.

Al decir de Vasilachis (2006) la investigación cualitativa posee tres características principales, en primer lugar, en cuanto a quien o que fenómeno estudia ya que se enfoca en cómo la realidad es comprendida, experimentada y producida por las sujetas de investigación, en segundo lugar, se caracteriza por ser interpretativa, inductiva, reflexiva y adhiere a múltiples métodos sensibles al contacto social y en último lugar teniendo en cuenta los objetivos en la investigación cualitativa se basa en realizar hallazgos novedosos a partir del desarrollo de teorías con fundamento científico para comprender la complejidad del contexto.

4.1. Ruta Metodológica

De acuerdo con Balcázar (2007) no existen metodologías o técnicas perfectas para la recolección de información por lo cual depende del problema a investigar cuál metodología será la indicada a utilizar. En esta misma línea cabe destacar que al realizar una investigación sobre VBG en la cual se quiere explorar el impacto de la VBG en mujeres, sería pertinente tomar una metodología cualitativa que incorpore algunos aspectos de la metodología feminista (Castañeda, 2008) cuyo objetivo es analizar las múltiples condiciones de opresión de las mujeres y producir conocimiento científico para que contribuya a erradicar la desigualdad de género.

Es decir, es necesario la elaboración de metodologías de investigación que aporten saberes que favorezcan la visibilización y erradicación de aquellos elementos estructurales sobre los que se sustenta la desigualdad de género. De este modo, se accede al campo de investigación considerando a las mujeres como sujetas de investigación, o sea, seres situadas debido a la articulación entre la categoría género y otras variables sociales, históricas, culturales, políticas, económicas que van adquiriendo múltiples formas de ser expresadas a través de la subjetividad de acuerdo a cómo se vayan incorporando y generando los discursos y prácticas sociales.

En concordancia con los planteos de Vasilachis (2006) se hace necesario el desarrollo de un diseño de investigación flexible donde la recolección de datos, su análisis e interpretación y la articulación con la teoría genera un ida y vuelta en la que el investigador va cambiando de dirección a medida a que se va accediendo a la información y comprende mejor el tema. Desde el principio de la investigación el investigador parte de una postura que le permita sorprenderse ante lo inesperado poniendo énfasis en las

palabras de las sujetas de investigación, intentando captar el significado de las experiencias que comparten desde su propia perspectiva.

4.2. Técnicas

4.2.1. *Entrevista en profundidad*

Se utilizó la entrevista en profundidad como una forma de obtener información verbal, por la validez que tiene como instrumento para captar y transmitir significados. Como expresa Ruiz (2014) es una técnica que se utiliza para obtener información, que implica un proceso de comunicación entre el investigador y las sujetas de investigación donde se pueden influir mutuamente. Es decir, se genera un ambiente artificial para recoger información que deviene en una interacción dialógica entre ambos actores. Además, se caracteriza por ser holística y no directiva y se busca a través del relato oral encontrar los significados e interpretaciones que le dan a sus vivencias y su entorno. Es holística porque no está enfocada en un punto en particular, si bien no se busca una conversación que nos cuente toda su vida por ello se desarrolla bajo el control del investigador direccionando los temas en cuanto a los objetivos de la investigación. Cuando se habla de no directiva se refiere a que se compone de preguntas abiertas y cerradas componiendo un guion para cada encuentro. Más precisamente se trata del

Relato de un suceso, narrado por la misma persona que lo ha experimentado. Y desde su punto de vista. La entrevista en si es el contexto en el cual se elabora ese relato y se crea una situación social para que pueda tener lugar (Ruiz Olabuénaga, 2014, p. 167).

Cabe precisar que en esta instancia la entrevista en profundidad se realizó de forma individual dado que se desarrolla dentro de una relación entre el investigador y la sujeta de investigación. Es una instancia de un encuentro cara a cara donde los lugares de encuentro varían entre consultorios clínicos y el propio domicilio de las sujetas de investigación. En los cuales el investigador buscó generar un clima que permita que las sujetas de investigación se sientan cómodas y seguras para poder compartir sus narrativas, por lo cual es de gran importancia evitar emitir juicios, permitir que la persona hable libremente y tener una escucha activa y empática.

Siguiendo a Creswell (1998) en la entrevista se realizarán preguntas abiertas haciendo una escucha activa de las narrativas que comparten las sujetas de investigación, donde el investigador se aleja del lugar de experto abriéndose a la oportunidad del cambio por lo

cual se destaca la flexibilidad y dinamismo de esta técnica ya que las mismas pueden variar a lo largo del proceso de investigación reflejando una mayor capacidad de entendimiento del problema de estudio.

La entrevista utilizada consta de diez preguntas abiertas que buscaron conocer sobre varias áreas, como ser: infancia, adolescencia, relación con sus figuras de cuidados, relación entre pares, sucesos importantes en sus infancias y adolescencias. Para ello se realizó una guía donde se sumaron preguntas que ayudaron a recabar información sobre la infancia y adolescencia. Para esto, se utilizó parte de la entrevista de apego adulto (1985) a fin de indagar sobre el sistema de cuidados, antecedentes de VBG en su familia de origen y antecedentes de maltrato en la infancia.

Además, se indago en el relacionamiento con parejas, situaciones de VBG, efectos de la violencia en sus vidas, proceso de salida y denuncia si las hubo.

Para concretar las entrevistas se realizaron contactos telefónicos donde se fue estimulando el desarrollo del rapport para poder coordinar los encuentros. Son instancias muy importantes dada las características de las sujetas de investigación donde el confiar en otro muchas veces se hace difícil y más aun siendo varón, por el relacionamiento que han tenido con los hombres siendo estos los causantes de las situaciones de VBG.

En cada oportunidad se generó un espacio ameno en un contexto que estimuló la generación de seguridad emocional para sentirse seguras en encuentros que duraron desde una hora y media a cuatro horas. En los cuales se iba deteniendo la entrevista cada veinte minutos para chequear el estado de regulación y potenciar su atención dual en el aquí y ahora, descansar unos minutos y seguir con la entrevista.

4.2.2. *Cuestionarios*

Se utilizaron en esta investigación dos cuestionarios sin un fin cuantitativo sino como complemento de lo cualitativo. Uno de ellos es el Cuestionario de Escalas de Experiencias Disociativas –DES– (Carlson & Putnam, 1993) que se aplicó a las sujetas para relevamiento de síntomas disociativos. Es una medida de auto informe compuesto de 28 ítems donde se identifican síntomas disociativos de origen traumático como amnesia, despersonalización, desrealización entre otros. Este cuestionario es muy útil para el

relevamiento de síntomas disociativos característicos en trauma complejo, su utilidad es importante para detectar amnesia disociativa, despersonalización, desrealización².

Este instrumento ha sido validado a través de varios estudios entre ellos el realizado por Van Ijzendoorn (1996) denominado “*La medición de la disociación en poblaciones normales y clínicas: validación metaanalítica de la Escala de Experiencias Disociativas DES*”. En el cual se demuestra su confiabilidad y su excelente validez respecto de otros cuestionarios de experiencias disociativas junto a la validez predictiva en cuanto a trastornos disociativos.

También se utilizó el cuestionario ICD 11- TQ –International Trauma Questionnaire– (2017) desarrollado por el grupo de trabajo de Cloitre en 2017 para la Organización Mundial de la Salud, el cual se centra en las características del TEPT y trauma complejo, compuesto por veintidós ítems, de acuerdo a lo establecido en los criterios de evaluación diagnóstica en la Clasificación Internacional de Enfermedades en su 11va versión (CIE 11) (2022). Busca dar cuenta del deterioro funcional ocasionado por el TEPT o por trauma complejo. Este instrumento recaba la sintomatología de reexperimentación, evitación y sensación de amenaza actual, más los síntomas de desorganización que captura los trastornos psicológicos que pueden ocurrir debido a la exposición a experiencias traumáticas de carácter interpersonal de forma repetida y prolongada en el tiempo, los cuales comprenden tres áreas: la desregulación emocional, alteración en la autopercepción y alteraciones en las relaciones³.

² En este sentido los 28 ítems se pueden dividir de acuerdo a Carlson y Putnam (1993) en tres grupos de factores en los cuales el primero se enfoca en las experiencias de absorción e imaginación que dificultan el acceso a la realidad de la persona –incluyen los ítems 1, 2, 15, 16, 17, 18, 20, 22 y 23–. El segundo grupo se centra en aquellas experiencias que hacen referencia a la amnesia autobiográfica, en los cuales aparecen situaciones de amnesia de eventos o de importantes períodos de tiempo –incluyen los ítems 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 14, 24, 25 y 26–. Y por último se encuentra el grupo de factores que describen experiencias disociativas como despersonalización y desrealización –en los ítems 7, 11, 12, 13, 19, 27 y 28–.

³ Este cuestionario se divide en cuatro grupos de factores que agrupan diferentes criterios de evaluación en TEPT y trauma complejo, entonces, en el primer grupo se agrupan los ítems que

Cabe aclarar que ambas escalas que fueron utilizadas están validadas internacionalmente y han sido contrastadas en múltiples estudios y serán utilizadas para recabar información cualitativa que permita enriquecer la investigación con el acceso a más experiencias y no de uso diagnóstico.⁴

Debido a que las situaciones de violencia tienen larga data estos cuestionarios se aplicaron teniendo en cuenta los efectos de esas violencias en la actualidad de cada sujeta de investigación y, por otro lado, teniendo en cuenta los efectos que vivieron en aquella época. Para lo cual sería posible hacer un paralelismo entre ambas realidades vividas.

4.3. Criterio de selección de la muestra

En primer lugar, es necesario mencionar las diferentes complejidades que han surgido en cuanto al acceso para realizar el trabajo de campo. Inicialmente la idea era realizar la investigación en el marco de un centro de atención pero esto no fue posible debido a las gestiones para las autorizaciones pertinentes que implicaban un tiempo que trasciende el

refieren al criterio diagnóstico de TEPT, que a su vez, se evalúa la sintomatología de re-experimentación ítems P1 y P2, sintomatología de evitación ítems P3 y P4, la sensación actual de amenaza con los ítems P5 y P6. El Segundo grupo se enfoca en el deterioro funcional de TEPT con los ítems P7, P8 y P9. El tercer grupo se encuentra formado por los criterios diagnósticos de trauma complejo, a partir aquellos que describen experiencias de desregulación emocional, ítems C1 y C2, los criterios de auto concepto negativo, con los ítems C3 y C4, y las alteraciones en las relaciones con los demás a través de los ítems C5 y C6. El último grupo incorpora los criterios que describen el deterioro funcional para la auto organización (AAO).

⁴ Estos instrumentos han sido validados internacionalmente en más de 20 idiomas. Para la validación en español del ITQ en Latinoamérica, se realizó en Chile a través de la Universidad de Talca por Francisca Marina Rojas Bermúdez e Ivana Javiera Trejo Ureta (2018) aplicando para nuestro país. Los avances en cuanto a investigaciones más recientes respecto de la validación de este instrumento son en población portuguesa y angoleña a cargo del equipo de la Pontificia Universidad Católica de Río Grande Do Sul formado por Candia Donat et al (2019) supervisados por Cloitre en 2020 junto al equipo de Hyland (2017) en Irlanda. Es importante tener en cuenta que Chile se destaca en la región debido a que viene produciendo conocimiento sobre trauma complejo y disociación desde hace 20 años.

tiempo reglamentario de esta investigación. Por lo que se tomó la decisión metodológica de generar una opción alternativa para acceder a las sujetas participantes de la investigación⁵.

La muestra es un subconjunto de la población a estudiar, entonces se define muestreo al “proceso de recogida de datos para generar teoría por medio del cual el analista recoge, codifica, analiza sus datos conjuntamente y decide que datos recoger después y donde encontrarlos, para desarrollar su teoría a medida que surge” (Glaser & Strauss, 2010, p. 45).

Debido a que el tema a investigar aborda instancias muy delicadas en las biografías de las sujetas de investigación, se puso especial énfasis en revisar los posibles impactos que podía ocasionar el desarrollo de la investigación en las sujetas participantes. Además, a cada una de ellas se le explicó el propósito del estudio junto con la garantía de resguardar totalmente la identidad. Resaltando la importancia de su seguridad emocional para lo cual se les indicó que en cualquier momento de la investigación se pueden retirar sin perjuicio ninguno. Estas instancias primero eran comunicadas telefónicamente a las psicólogas que trabajan con ellas y luego el investigador las volvía a comunicar. Asimismo, también funcionó el efecto "bola de nieve" ya que las sujetas compartieron su experiencia de participar de la investigación a otras mujeres de su entorno cercano que habían sido expuestas a situaciones de VBG dando cuenta de los efectos positivos de hacer visibles sus relatos, las cuales se fueron sumando a la investigación.

Por lo tanto se fue generando una muestra heterogénea que coincide con lo planteado por Hernández Sampieri (2014) ya que el tamaño de la muestra no es relevante desde un punto probabilístico, pues el interés del investigador en este estudio no se asocia a la generalización de los resultados obtenidos a una población mayor. En concordancia con estos planteos Balcázar (2007) sostiene que la muestra en investigaciones cualitativas propone aumentar el caudal de datos tanto como la investigación lo permita para obtener el máximo de información posible brindado por las múltiples formas de comprender la realidad a través de las experiencias vividas por las sujetas de investigación.

⁵ El atraso en los tiempos también implicó cambiar el método propuesto inicialmente de historias de vida a entrevistas en profundidad –y los cuestionarios DES e ITQ– para realizar la investigación.

Entonces, para la investigación se convocó a mujeres que han transitado por situaciones de VBG por ex pareja/s. Conformado por un grupo de mujeres mayores de dieciocho años –que oscilan entre los veintiún a los sesenta y dos años–, que han sido expuestas a múltiples formas de violencias basada en género por sus ex parejas y que ya han salido de esas situaciones, por lo cual son hechos que sucedieron hace un tiempo atrás. Son a su vez, mujeres que han transitado y transitan por procesos terapéuticos con profesionales de la salud mental que se especializan en el abordaje de situaciones de VBG en la clínica particular.

De acuerdo a lo explicitado por Otzen y Manterola (2017) y Boza et al (2016) la muestra será elegida de forma no probabilística, ya que la misma será elegida por criterios subjetivos debido ya que su utilización es más rápida y más accesible que realizar un muestreo aleatorio. De este modo se recurre a la utilización del método de muestreo bola de nieve, a partir primero del contacto telefónico con psicólogas con las cuales se ha compartido espacios de formación en VBG y en algunos casos se compartió espacios de formación en EMDR, las cuales trabajan dentro de la práctica clínica particular con pacientes mujeres que han sido expuestas a situaciones de VBG por parte de pareja o ex pareja, quienes a su vez han contactado a otras mujeres para participar de la investigación, las cuales se apropian de esta instancia como una forma de visibilizar sus experiencias.

De este modo se comienza a formar un grupo heterogéneo de doce sujetas de investigación pertenecientes a distintos estratos socio económico y educativo lo que permitió observar diferentes realidades y expresiones de un mismo fenómeno. Como limitante surgió que todas las participantes son mujeres blancas cis género y uruguayas por lo cual no se pudo acceder a experiencias de mujeres afrodescendientes, trans o inmigrantes.

Las unidades de análisis de acuerdo con Batthyány y Cabrera (2011) se relacionan con el enfoque teórico y responden a la pregunta de investigación: ¿Cómo afecta la exposición a múltiples y prolongadas formas de VBG a mujeres en el Uruguay?

4.4. Dimensión ética

A través de esta investigación se pretende generar nuevos aportes al campo del conocimiento científico que aporten una mirada integradora a partir de una mirada desde

el trauma y la psicotraumatología sobre el impacto que produce la exposición a múltiples y prolongadas situaciones de violencia basada en género. Por tratarse de una investigación que trabaja con personas en situación de vulnerabilidad se debió contar con los requisitos exigidos por la normativa vigente en investigaciones con seres humanos. Por tal motivo, se contó con el aval del Comité de Ética. A su vez, se realizó el consentimiento informado para cada sujeta de investigación con lo que estableció un acuerdo para el resguardo y cuidado de la identidad. En este sentido, se recurrió también al uso de seudónimos.

4.5. Método de Análisis

Para Balcázar (2007) el análisis de los datos cualitativos se refiere al tratamiento que se realiza con los datos obtenidos preservando textualmente su entidad utilizando estrategias de categorización de la información obtenida. Estas categorías se utilizan para organizar los datos y de este modo se les da un orden, se los organiza en unidades, categorías y temas, permite comprender en profundidad el contexto de donde surgen los datos y permite una descripción de las experiencias de las propias sujetas de investigación desde su propia perspectiva y singularidad, teniendo en cuenta los objetivos de la investigación.

Se realiza un análisis singular de cada relato en función de las categorías establecidas. Se organiza como estrategia de análisis el trabajo en etapas comenzando por la desgrabación y transcripción del material obtenido en cada entrevista en profundidad junto con los dos cuestionarios. Luego se procedió a la identificación y codificación de todo el material a partir de las categorías de análisis establecidas:

Maltrato Infantil, con las siguientes sub-categorías: negligencia, maltrato emocional, abandono emocional, abandono, bullying, maltrato psicológico, maltrato físico y abuso sexual. De aquí se desprende la categoría trastorno del apego.

Violencia Basada en Género, con las siguientes sub-categorías: violencia vicaria, violencia física, violencia sexual, violencia psicológica, violencia emocional, violencia ambiental, violencia económica

Trauma, con las siguientes sub-categorías: intrusión, re-experimentación, evitación, autoestima, autolesiones, IAE⁶, indefensión, desregulación emocional, desregulación

⁶ Intento de Auto Eliminación

relacional, trastorno alimenticio, trastorno de sueño, culpa, cronicidad. A su vez, de aquí surgen tres categorías TEPT⁷, TEPTC⁸ y Disociación Estructural.

De aquí se arman fichas con todos los datos que surgieron ordenándolos de acuerdo a las tres categorías de análisis principales con cada una de las sujetas de investigación.

Una tercera etapa fue articular la información obtenida tanto de las entrevistas en profundidad como de los cuestionarios con la literatura científica utilizada como marco teórico.

Para el análisis de contenido se utilizó como herramienta el análisis de contenido manual, ya que este “se basa en la lectura como instrumento de recogida de información, lectura que debe realizarse de modo científico, es decir, de manera sistemática, objetiva, replicable y válida” (Ruiz Olabuénaga, 2014, p. 193). A su vez, Ruiz Olabuénaga (2014) refiere que la recolección de la información es una construcción social y política. Y se parte de su base cualitativa en la cual se pueden ver un contenido simbólico y un contenido manifiesto. En efecto, el análisis cualitativo del contenido se desarrolla de forma cíclica, yendo por fases volviendo a la primera etapa agregando información y enriqueciendo el contenido.

⁷ Trastorno de Estrés Post Traumático

⁸ Trauma Complejo

5. Capítulo Análisis y Resultados

A través del análisis manual de las entrevistas y cuestionarios realizados se ha podido visibilizar como las historias de maltrato en la infancia en niñas y adolescentes son un factor de riesgo para ser revictimizadas en la vida adulta. Se fueron organizando las categorías de análisis en tres grandes bloques en las que se incluyen Maltrato Infantil, Violencia Basada en Género y Trauma, organizando los datos de acuerdo a los objetivos planteados en la investigación. El objetivo general fue explorar el impacto que produce la exposición a múltiples formas de violencia basada en género por largos períodos de tiempo en mujeres que concurren a un programa de atención en VBG. Y los objetivos específicos: 1. Identificar cuáles son las características de las situaciones de violencia basada en género que atraviesan las mujeres, y 2. Conocer la posible incidencia del trauma complejo en la salud mental de mujeres expuestas a múltiples formas de violencias.

La violencia hacia las infancias y adolescencias son un problema de salud pública que atenta contra los derechos humanos que se encuentra enquistado en nuestra sociedad y que de acuerdo a la literatura científica puede ser un predictor para que niñas y adolescentes sean revictimizadas en la vida adulta. Por lo tanto la VBG hacia las mujeres es parte de una violencia estructural que transversaliza a todas las mujeres sin distinción de clase, racialidad o cultura. Estas violencias se sostienen dentro de una sociedad patriarcal que reproduce estereotipos de género que fomentan relaciones desiguales de poder entre varones y mujeres, que generan estructuras sociales de dominación y sometimiento en las niñas, adolescentes y mujeres. Es una realidad que en Uruguay la VBG no distingue edades, clases sociales, ni religión. Es un flagelo que vulnera los derechos de niñas, adolescentes y mujeres el cual se va instalando en la infancia temprana y las acompaña por largos tramos de sus vidas hasta la vida adulta pudiendo terminar en la forma más grave que es el feminicidio.

Por lo tanto en esta investigación se articula las diferentes etapas vitales de cada sujeta de investigación desde la infancia hasta la vida adulta. Haciendo énfasis en cómo las violencias se han ido permeando desde temprana edad y se fueron sosteniendo hasta su vida adulta.

Se realizó una entrevista a cada sujeta de investigación por lo cual fue una instancia donde cada una ellas pudo narrar su propia historia, desde sus propias perspectivas compartiendo parte de sus vidas en esta investigación. Fueron encuentros que se fueron agendando, cancelando y postergando de acuerdo a sus tiempos y horarios. Es de destacar que desde un principio estuvo presente el compromiso de cada una de ellas en compartir sus historias y ser escuchadas. En cada entrevista se generó un ambiente cálido, ameno y distendido para que cada sujeta se sintiera a gusto, segura y en confianza.

Para ello en cada entrevista se tuvo especial cuidado en realizar una evaluación constante de la capacidad de atención dual de cada una de ellas, para que estén siempre en el aquí y ahora y el relato no se tornara una instancia re-traumatizante, por lo cual pudieron expresar los relatos que podían sostener, con las herramientas obtenidas dentro de sus propios procesos terapéuticos, de esta manera también quedaba lo no dicho como expresión de sus propias historias.

5.1. Maltrato Infantil

5.1.1. Experiencias Adversas

En este apartado al conceptualizar las experiencias se las organiza de tal modo que visualicen aquellas experiencias adversas que se relacionan con causas externas y las experiencias adversas que se asocian a las exposiciones a maltrato infantil, como forma de visibilizar otras situaciones traumáticas a las que se exponían estas niñas. De este modo se parte desde los aportes de Felitti (1998) en cuanto a la relevancia de las experiencias adversas en las infancias y adolescencias a las que estuvieron expuestas las sujetas de investigación que se encuentren por fuera de expresiones de maltrato infantil. Estas experiencias adversas son situaciones de mucho estrés que pueden configurarse en situaciones traumáticas. Sin la falta de contención y de regulación adecuada estas niñas comienzan a desarrollar estrategias de regulación internalizantes, en las que tienden a cerrarse en sí mismas desconectándose emocionalmente.

Así pues, al analizar cada historia, surgen en las narrativas múltiples experiencias adversas como, por ejemplo, muchas mudanzas en esos tramos de vida, separación de los padres, la pérdida de alguna de sus figuras de cuidado primaria, la pérdida de figuras

significativas en la crianza, enfermedades psiquiátricas en alguna de sus figuras de cuidado primaria, la presencia de padre alcohólico, una situación en particular de trauma único por un evento climático, separación del padre dentro de un contexto político en Uruguay de terrorismo de Estado y una situación de institucionalización en un centro de atención a la infancia.

La suma de contextos de malos tratos y la exposición a diversas experiencias adversas puede generar un proceso traumatizante que daña las capacidades en el desarrollo de niños y niñas. Esto se debe a que se produce una desorganización de la experiencia del NNA debido a la falta de estrategias que le permitan comprender y entender con una coherencia que le dé predictibilidad a la experiencia, lo cual genera inseguridad. En los fragmentos de entrevista que se muestran a continuación se observa la experiencia de mudarse en varias oportunidades, lo cual es un factor que puede generar inseguridad en NNA.

“Sí, muy inestable, mis padres se separaron siendo muy chica, nos mudamos muchas veces (...). Lo que pasa es que la mudanza fue un poco traumática porque ese año, nos remataban la casa, nos embargaron todo, mi madre se quedó sin trabajo porque tenían una empresa ambos. Mi padre también no tenía un mango pero ta, se fue con esta mujer. Nos veía y nos pasaba a buscar y todo pero él tampoco tenía un mango, en ese momento fue como todo muy caótico.”
(Entrevista 11)

Además se pudo observar otros tipos de experiencias adversas como la pérdida de una de sus figuras de cuidados primarios, el impacto que genera la muerte de una persona tan significativa como la madre o el padre, y lo que puede representar esa pérdida en este caso para esta niña

“Y bueno ta, yo quedé huérfana de padre a los 11 años y bueno ta, seguí por la vida” (Entrevista 5)

Por otro lado, surge una narración sobre la separación del padre a causa del contexto político de Uruguay en la dictadura cívico-militar, como voz del sufrimiento de muchos NNA de aquella época. En el siguiente fragmento se puede observar lo que significó la

separación forzada de una de sus figuras de cuidados debido a la existencia de un terrorismo de Estado.

“Yo nací en Montevideo. Mis padres ya cuando yo nací, estaban en una situación difícil porque mi papá era preso político y cuando yo nací le permitieron venir a verme. (...) mi papá fue en un momento a conocerme y después ya se fue, y si bien lo vi poco lo amé mucho. Pero bueno, lo he visto como he podido, como le han permitido y a los 4 años él se fue y... fue el dolor más grande que yo tuve de niña. Y... me dolió mucho y fue tanto así que me quedé todo un año sin hablar...”

(Entrevista 3)

Sin dudas, que la pérdida de seres muy significativos cercanos a NNA también implica una situación adversa, debido al estrés que puede generar este tipo de situaciones sumado al proceso mental y emocional que lleva tramitar una pérdida cuando se transita por la infancia o adolescencia.

“Al tiempo que se murió mi, o sea cuando se murió mi abuelo fue una etapa complicada porque a ella también la operaron de la vesícula y nada la muerte de mi abuelo fue muy triste. Mi abuelo se murió de un cáncer, entonces viste que los cánceres son como una cosa a veces lenta y es como que estás ahí y es medio doloroso de ver”. (Entrevista 9)

El consumo de alcohol u otro tipo de sustancia por parte de una o ambas figuras de cuidados también comprende una experiencia adversa. En algunas entrevistas surgieron experiencias donde se presencia a un padre con consumo problemático de alcohol, lo cual, como ya se dijo, es otra experiencia adversa que, a su vez, es un factor de riesgo para que se generen situaciones de VBG en las familias de origen de las sujetas de investigación. A través de los estudios en masculinidades, se sabe cómo los varones, debido a su falta de contacto y gestión emocional, desarrollan respuestas sustitutivas ante momentos de estrés, en los cuales a través del alcohol, como en estos casos, aprenden a gestionar desadaptativamente el dolor, la tristeza o el enojo. Estas respuestas, a su vez, impactan en la inhibición de competencias parentales saludables y en la generación de comportamientos violentos.

“¡Y papá cae en el alcoholismo! Ahí cae en una etapa de alcoholismo bastante embromada. A mí se me trataba como de ocultar al principio, cuando fui más chica, mi mamá hacía como de una especie de cuidadora de que yo no lo viera,

pero igual a pesar del alcoholismo papá que era bastante importante, era muy de boliche y otra cosa que sí que recuerdo ahora que se me había como olvidado de la soledad de la mujer y del machismo del modelo patriarcal”. (Entrevista 7)

La existencia de consumo problemático de alcohol u otras sustancias hace que sea un factor de riesgo para que genere daño a sí mismo o a un miembro de su familia. Inhibe totalmente sus capacidades, comportándose de forma totalmente impulsiva.

Una de las situaciones adversas más significativas, son las situaciones de trauma único ocasionadas por factores externos como los eventos climáticos. Eventos que surgen inesperadamente y que no se está preparado para afrontar.

“Me acuerdo de una vez a nosotros nos había agarrado un tornado en la playa fue horrible yo quede re traumada y en todo un verano no podía pisar la playa...”

(Entrevista 11)

A continuación, se pueden observar experiencias adversas en relación a la institucionalización, en palabras de Pinheiro (2010) es una práctica que genera los efectos más nocivos en NNA. Existe un cuerpo de múltiples estudios entre los que se encuentran Van Ijzendoorn et al (2020) que documentan que la separación temprana del bebé de sus figuras de cuidados y su inserción a una institución de cuidados en la infancia puede tener efectos negativos en la salud pudiendo alterar la arquitectura cerebral del bebé debido a la rotación de cuidadores y la falta de contención emocional. Por ello se recomienda evitar o minimizar la utilización de la institucionalización prolongada y recurrir a la inserción de niños y niñas a las familias de crianza o extensa con el apoyo y seguimientos adecuados. El siguiente fragmento se trata de una situación de hace muchos años, en los cuales los contextos de institucionalización eran muy precarios y no existían las políticas públicas que amparan los derechos de las infancias de la actualidad.

Bueno, yo mi infancia, lo que sé de mi nacimiento es lo que me contaron, porque supuestamente mi madre biológica en realidad no me abandonó. Por una denuncia de los vecinos, le sacaron a mi hermano biológico y a mí al lado de ella. Me dijeron que yo tenía pleuresía, que tenía bueno, una cantidad de enfermedades. Mi hermano también. Y a los 3 meses, [nombre], que ella era

cuidadora del Consejo del Niño me saca ¿no? En principio, con el fin de cuidarme, como en esa época las mujeres para trabajar cuidaban niños, así de Consejo del Niño que era en ese momento, que hoy es el INAU. Entonces ella lo que me cuenta es que ta, que los 3 meses me fueron a buscar, que yo no tenía ni fuerza ni para succionar, así que ella me daba la leche en cuentagotas. Yo eso es lo que sé, después de lo poco que recuerdo de mi infancia. (...) Estoy hablando en el 60 y 64 porque 65. Entonces ella trata de quedar embarazada o capaz que antes porque, ella me sacó a mí a los 3 meses. Yo nací en el 64, en los primeros meses del 65. Entonces ella siempre decía que, bueno, que no podía tener hijos, entonces decide quedarse conmigo. (Entrevista 12)

Un hecho significativo, es que en la mayoría de las experiencias surge la separación de los padres, el crecimiento en hogares monoparentales atraviesa a miles de NNA, que crecen en hogares junto a sus madres, en estos casos se reproducen estereotipos de género, en los cuales las mujeres siguen siendo llevadas a los lugares de cuidado y maternaje, mientras a los varones se les dificulta responder de forma adaptiva y ejercer una parentalidad acorde desde los buenos tratos y los cuidados.

“En mi infancia, mi adolescencia transcurrió en el interior hacia el interior. Un hogar monoparental. Con tres hermanos varones. Y un papá que...estaba poco. (...) Cuando mis padres se separaron, yo tenía cuatro, o sea que no tengo recuerdos de haber vivido con mi papá. Sí que había una especie de rutina que se intentó respetar los primeros años de que él, él vivía, vive en la actualmente también afuera, a unos kilómetros de la ciudad, en el área rural” (Entrevista 4)

Continuando con este desarrollo, es importante destacar como incide la existencia de antecedentes de problemas con la salud mental de alguna de sus figuras de cuidados en el desarrollo de competencias parentales.

“Bueno, fue hasta los 2 años más o menos, mi mamá tuvo una especie de depresión después de haberme tenido, que esto, es como que lo estoy recordando últimamente en la memoria. Le aconseja el doctor del pueblo, que en aquel entonces, ahora son los médicos de familia, social y comunitaria, antes era el médico de familia que se llamaba, el Doctor le aconseja a mi papá que la menor

no estuviera expuesta al estado donde se encontraba mi mamá, una depresión bastante importante.” (Entrevista 7)

La depresión es una de las consecuencias en la salud mental de las mujeres que son expuestas a situaciones de VBG, en sintonía con Khan y Renk (2018) sostienen que existe una relación significativa entre la depresión de algunas de las figuras de cuidado y la generación de un estilo de apego inseguro en sus hijos e hijas. Debido al impacto negativo que tiene esta enfermedad mental en la generación de un vínculo seguro con el niño o niña.

”Después, mi madre de esa separación y de esa cuestión económica nunca quedó nunca lo pudo superar ni hasta el día de hoy, entonces que siempre fue una mujer como, (...) Mi madre, que tuvo un momento de mucha depresión” (Entrevista 11)

Por otro lado, se han observado situaciones de trauma en el nacimiento, en palabras de Rucker (2022) son cualquier tipo de lesiones que sufren los recién nacidos durante o después del parto, las fracturas se asocian generalmente a partos difíciles

“Entonces el primer recuerdo que tengo, que lo creo que solo es un trauma en sí, que de nacimiento es que me quebraron, dicen que la dislocaron, pero bueno, yo creo que es un quiebre y la clavícula.” (Entrevista 7)

La presencia de situaciones de maltrato estaba presente en todas las participantes, en menor o mayor medida, fueron situaciones que atravesaron sus infancias y adolescencias, en algunas situaciones se mostraba la naturalización e invisibilización de algunas formas de maltrato como, por ejemplo, el maltrato psicológico. Evidenciando la idealización en las figuras de cuidados.

“Yo siempre pienso que no tuve una infancia mala en realidad, crecí con dos padres divorciados, se separaron cuando yo tenía 6 o 7 años, y se divorciaron unos cuantos años después en realidad Pero...nada, en realidad mi infancia yo me pasaba acompañada por mis abuelos” (Entrevista 9)

También hubo situaciones donde era muy difícil contactar con la infancia pues no tenían recuerdos, o solo tenían flashes de algunos recuerdos que eran difíciles poder describirlos. Lo cual es un indicio de memoria disociativa producto de haber estado expuestas a situaciones adversas graves.

“Igual tengo momentos de mi infancia borrados totalmente. Como que como que no existieron, como que no sé qué pasó, como que se me borró el disco duro y tengo otros momentos muy lindos que recuerdo de, de muy chiquita, son hermoso, precioso, pero después tengo muchos. Muchas cosas perdidas” (Entrevista 10).

En resumen, en este apartado a partir de la articulación entre los datos que surgieron en las entrevistas y la revisión de la literatura científica que investiga este tema, se observa que la exposición a experiencias adversas pueden generar daños significativos en el desarrollo socioemocional de NNA, contribuyendo como factores de riesgo para la generación de algún tipo de patología en la vida adulta.

5.1.2. Maltrato Psicológico

Dentro de las diferentes expresiones de maltrato infantil que fueron surgiendo en las entrevistas, las que más se repetían, eran aquellas que se agrupaban en torno al maltrato psicológico y emocional, siendo también las más naturalizadas e invisibilizadas. Dentro del maltrato psicológico prevalecían los gritos, insultos, humillaciones, mantener la distancia con silencios. A continuación se puede observar en los siguientes relatos de algunas sujetas de investigación las diferentes formas de maltratos psicológicos a las que fueron expuestas.

“No se podía hablar en casa. (...) A mi madre no le gustaba que habláramos. Entonces bueno, no se podía hablar. En realidad eso se mantuvo hasta la adolescencia, lo de no hablar. Y con mi madre o que pasa que intenté hablar un poco más, sobre todo en la adolescencia. Pero siempre terminábamos peleadas” (Entrevista 1)

Es de destacar como se recurría a este tipo de maltrato como forma de educar, manifestándose una relación asimétrica de poder donde imperaba una visión adultocéntrica, en la cual solo era válida la visión adulta de las figuras de cuidados. Se generaban contextos en los que se reproducía la vulneración de derechos, con figuras de cuidado que carecían de las competencias parentales adecuadas. De tal forma se construye un entorno, que proporciona elementos que degradan las capacidades de funcionamiento adecuado para que estas niñas logren alcanzar el desarrollo de estrategias eficaces para hacer frente a los diferentes desafíos del crecimiento.

En sintonía con las palabras de Barudy (2013) las experiencias traumáticas son consecuencia de una acumulación de malos tratos ya sea por acción, como en estos casos, o por omisión en situaciones de negligencia. La reproducción de prácticas ligadas a las incompetencias parentales lleva a la posible desorganización en la mente infantil, pudiendo generar inseguridad y miedo, o dañando la autoestima en desarrollo de estas niñas.

“Y mamá es media complicada ya que tenía un carácter medio volátil, vamos a llamarlo, entonces dependiendo del grado de lo que yo hiciera, que tanto le molestara, mi madre se podía como sacarse un poco de la olla y cagarme a puteadas, es una persona que grita mucho, es una persona que es muy hiriente con las palabras y entonces nada, mi madre pocas veces me pegó, pero, pero nada, pero me gritaba, y esas veces que me gritaba yo me hacía cada vez más chiquita, adentro mío, me costaba poder responderle. Era como una situación media complicada” (Entrevista 9)

Según Brassard et al (2020) el maltrato psicológico es la expresión de vulneración de la infancia menos atendida, con frecuencia está acompañada de otras formas de malos tratos. Son un patrón de conductas que reproducen las figuras de cuidados que deterioran el desarrollo psicológico de NNA inhibiendo las capacidades de seguridad emocional y socialización o interacción social las cuales son muy importantes para generar un relacionamiento saludable consigo mismos y con los demás. Las consecuencias a la exposición continua y prolongada a este tipo de malos tratos han sido documentadas en varias investigaciones entre ellas las realizadas por Spinazzola et al (2014) y Wang y Cao (2019) donde se han encontrado el desarrollo de depresión, ansiedad, ideas de muerte e IAE.

5.1.3. Maltrato Emocional

Dentro del maltrato emocional donde las figuras de cuidado desarrollaban formas de comunicación en base a la manipulación, culpabilización, reproduciendo prácticas en las cuales no se hacían cargo de sus responsabilidades como adultos y adultas, en las que emocional que se perpetúa hasta la vida adulta, en los relatos surgían expresiones como:

“Frasas no palabras, la que me quedo para toda la vida y que la repitió y no lo se lo puedo decir porque se pone a llorar a la primera. Y es fuerte, “¡ojalá te

hubieses muerto cuando naciste!” Yo creo que siempre me quedo con esa frase porque es tan fuerte que tapan todo lo demás, porque mi mamá lo que yo me acuerdo de ella en mi primera mi primera infancia, en el mundo hasta los 5 años que para mí son fundamentales. Era eso, la negación de mi persona o sea, como que yo le vine a arruinar la vida, eso es lo que yo sentía por mí. Ojalá un deseo... era como...” ¡Ojalá te hubieses muerto cuando naciste!” ¡Nunca encontré porqué! Y no se podía hablar de eso porque se ponía a llorar, la explicación la encontré yo por medio de terapia, pero no de la boca de ella, porque no se podía hablar. ¡Es la frase que me quedo para toda la vida! y sigue resonando: “ojalá te hubieses muerto cuando naciste”. Es algo como que en vez de llevarme al pozo me hace más fuerte” (Entrevista 7)

Dentro del maltrato emocional se pudo observar expresiones de culpabilización de situaciones del entorno de los adultos. Son situaciones en las cuales las figuras adultas no se hacen responsables de sus acciones, en el marco de las incompetencias parentales, por lo que desplazan esa responsabilidad a NNA, generando un cambio de rol, en el que los NNA deben de comportarse como adultos en estas familias disfuncionales.

“Ella siempre, siempre lo decía explícitamente, como que yo era la culpable de la separación” (Entrevista 11)

Cabe aclarar que el maltrato emocional junto con el maltrato psicológico son una de las formas más comunes de maltrato y también las que más se invisibilizan. Es la forma que de maltrato que daña la capacidad de generar autonomía emocional, generando una sensación de vacío interno. En el siguiente relato se puede observar el grado de violencia a la que fue expuesta esta niña y el daño psíquico generado.

“Porque ella siempre me decía, mis hijos están primero, primero mis hijos y después vos. (...) Ningún tipo de sentimiento demostraban hacia mí, ninguno. Estaba toda orgullosa porque iba a buscar mis medallas a fin de año y se subía al escenario y todo eso. Pero era ese momento porque todo el mundo le decía a esta, pero ya está, Era eso y me exigía durante el año y esto y lo otro y yo, todo. Y yo toda “ay, mira si no sé qué” toda feliz. Y ella decía “estas cumpliendo con tu deber”. Porque ella lo que sí me hacía sentir es que solo ella, nada más que ella, había hecho eso por mí y que yo le debía, que es un gran tema. Que la deuda,

con la deuda hacia los demás, como que yo siempre estoy debiendo y que bueno. Qué era lo que ella me hacía sentir.” (Entrevista 12)

En palabras de Hoeboer (2021) y De Jong (2021) la exposición a situaciones de violencia emocional por parte de figuras de cuidados puede ser un predictor de TEPT, a su vez se asocia al desarrollo de desregulación emocional, rumiación y falta de aceptación emocional. En estas instancias los NNA pueden parecer resilientes y brillantes académicamente, sin embargo, pueden estar experimentando daño a nivel de la percepción de sí mismas y su comportamiento debido a este tipo de interacciones con sus figuras de cuidados que socaban el desarrollo emocional y la socialización.

5.1.4. Negligencia

La Negligencia es otra sub-categoría de análisis que ha surgido en las entrevistas visibilizando principalmente la carencia de estrategias de contención emocional de las figuras de cuidados primarios para con sus hijas, lo cual hace que no puedan identificar, nombrar y regular sus emociones. En esta línea Yehuda (2019) agrega que la falta de contención emocional deja en un estado de vulnerabilidad a niñas y adolescentes quedando susceptibles a la decepción, al rechazo y la victimización por personas que se aprovechan de su necesidad de sentirse queridas. Coincidiendo con esta autora muchas de las sujetas tuvieron infancias en la que se mostraban obedientes y temerosas de que un error les deje sin el poco cuidado que recibían, por ejemplo: *“Yo tenía que ser la mejor en todo, ser respetuosa, o sea, yo no podía decir ni ay”* (Entrevista 12). A su vez esto genera culpa por no alcanzar ese reconocimiento, por lo cual se embarcan en alcanzar una perfección irreal, esta culpabilización se refuerza con creencias como algo tengo, soy mala, no soy suficiente. De acuerdo con Silberg (2019) como respuesta al dolor intolerable de la negligencia muchas veces las niñas y adolescentes recurren a la disociación, desconectándose del mundo real como lo hacían algunas sujetas de investigación en su infancia, así se expresa en una de las sujetas de investigación: *“Me inventaba mundos fantásticos dentro del cual yo era rica y tenía otros padres este...”* (Entrevista 7)

La exposición a diferentes tipos de omisiones por largos períodos de tiempo en las necesidades básicas de los NNA son un factor de riesgo que refleja la falta de competencias parentales y prácticas de crianza inadecuadas que pueden generar daño a

nivel del desarrollo, degradando la percepción de sí mismas. Son situaciones en las que se exponen la salud física, emocional y mental de NNA, de la misma forma en cómo se puede observar en el siguiente relato.

“Me acuerdo que una vez me mandó mamá a buscar una afeitadora, de las amarillas re viejas, y yo siempre fui blanquita de cabellos muy negros, y claro mis bellos eran horribles en mis piernas y mis amigas no tenían los bellos así, pero yo sí, parecía un varoncito. Y cuando vine con esto dije me las voy a pasar, hice así (emula el movimiento de afeitarse) y me acuerdo que me salió como el pedazo de piel. Fue una cosa que me dio mucha impresión y en seguida quedó todo rojo. Y entré corriendo y me metí en el baño y me tapé con una toalla, y mi madre se dio cuenta que entré corriendo. Y me golpeó la puerta del baño, y cuando le dije que me había pasado, me rezongó porque le había usado la maquinita, y que yo era una niña y cómo me iba a depilar. No había contención.” (Entrevista 6)

La complejidad de este tipo de contextos maltratantes se puede relacionar con falta de estrategias de autocuidado de las propias figuras de cuidado primarias, la exposición a situaciones traumáticas en sus infancias y situaciones de VBG, puede llevar a no poder desarrollar estrategias de cuidados y protección hacia sus hijos e hijas. Generando un contexto en el cual se hace difícil generar respuestas funcionales debido a la falta de contacto consigo mismo y con los demás, impidiendo contactar con las necesidades de los NNA.

En tal sentido la falta de una figura de cuidado que oficie como base segura lleva a la generación por parte de NNA de estrategias de sobrevivencia que los lleva a la sobre adaptación a un contexto totalmente desprotegido. Se los observa resueltos, con conductas demasiado maduras para su edad, como se puede observar en el siguiente extracto de una de las entrevistas.

“Yo soy la más chica de los primeros tres digamos, entonces ta, fue una infancia medio a la deriva o sea yo iba a la escuela y no sé, tuve varicela un año y fui yo acá a hablar con la maestra para explicarle que tenía, que ta, que había tenido que aparecerse mi madre y como que no. Sí, yo no sé, siempre había sido alumna sobresaliente y tuve dos años que pasé con bueno, bueno muy bueno, porque claro, no hacía los deberes, no hacía nada, pero no tenía un control en mi casa, era como todo un quilombo.”

Mi madre en ese entonces aparte había estado, ella tenía como treinta y siete y salía con uno tenía diecisiete, era todo un caos (...) Como mi madre tomaba Aceprax y no me acuerdo que otra cosa, yo le robaba medicación a mi madre y la tomaba yo para dormir, porque quería estar todo el día durmiendo” (Entrevista 11)

Existe consenso entre muchos investigadores en afirmar que la negligencia ocurre en contextos donde las figuras de cuidados primarios no responden de forma adecuada ante las necesidades básicas de NNA. En sintonía con estos planteos Karamat et al (2022) afirman que la falta de competencias parentales por parte de las figuras de cuidados, genera sentimientos de abandono emocional, baja autoestima, sensación de vacío y soledad que afectan notoriamente la calidad de vida de NNA. En los siguientes relatos, se puede observar el grado de vulneración en los derechos de estas niñas, que fueron expuestas a situaciones en las cuales desarrollaron, como en otras situaciones, respuestas de sobreadaptación, y naturalización de esas violencias incorporándolas como parte de su cotidianidad y que recién dentro de espacios psicoterapéuticos pudieron ver la realidad a la que estuvieron expuestas.

“Sí, por ejemplo, en turismo se comía todos en casa iban todos, mi padre tenía ocho hermanos, con sus hijos y todo era una mesa como de cincuenta personas y se iban todos al Prado creo, no me acuerdo, que era que se hacía en turismo, sí. Y a mí me dejaban con nueve años limpiando toda la cocina de todo eso y levantando la mesa, que eran como seis mesas. Era todo el largo de la casa que era, no sé. Y ellos llegaban y yo seguía limpiando, pero yo cantaba. O sea, en realidad hoy me doy cuenta de la gravedad, en ese momento para mí era algo común. Era algo, que era natural, o sea, yo en ese momento yo no lo padecí. Hoy digo, qué horror” (Entrevista 12)

“Me quebré el brazo y mi padre me dijo “bueno ta, hoy te dejo”. No me dejaban ver chiquititas ¿viste? “Bueno, hoy te dejo ver este programa”. Y, se acostó de nuevo a dormir la siesta. Y yo ahí con el brazo, como no, como no lloraba ni nada. Bueno, así estuve hasta el otro día aguantándome ese dolor de brazo.” (Entrevista 8)

Existe un grupo de estudios, entre los cuales se encuentra el desarrollado por Libby et al (2008) que examinaron la relación entre experiencias de maltrato y ASI entre las figuras

de cuidado con la inhibición de competencias parentales con sus hijos e hijas. En concordancia con estos planteos, a través de los relatos se pudo observar el grado de desprotección al que fueron expuestas estas infancias, en esta línea Schimmenti y Bifulco (2015) sostienen que la exposición a situaciones de negligencia emocional puede ser un predictor de desarrollo de trastorno de ansiedad y estilos de apego ambivalente debido a la exposición constante a situaciones que llevan a la incorporación de MOI⁹ que incorporan el miedo al rechazo y el miedo al abandono.

5.1.5. Maltrato Físico

A pesar de los avances en materia de derechos en la infancia, existen casos donde los adultos y adultas continúan ejerciendo disciplina a través del castigo físico. El disciplinamiento de los cuerpos de NNA a través del dolor puede generar trauma y la repetición de esos modelos de violencia en la vida adulta como víctima o victimario. Dicho con palabras de Yehuda (2019) el maltrato físico genera terror y dolor de parte de la persona que también genera protección y contención, por lo cual se vuelven fuentes de terror causando confusión en la psiquis de la niña y aunque los maltratos físicos no sean constantes también pueden ser traumatizantes. En esta misma línea, Tsur et al (2021) sugieren que muchas veces, los NNA que han sido expuestos a maltratos físicos por figuras de cuidado primaria, tienden a justificar este tipo de maltrato con creencias negativas de sí mismos, incorporadas por los discursos culpabilizantes de los adultos, por lo cual incorporan la creencias de merecer ese castigo, por ejemplo:

“Me parecía que era fuertísimo, seguramente fuertísimo, pero se ve que todas sus frustración la descargaba cuando me portaba bastante mal, digo yo, no era una niña modelo. Pero recuerdo que y después pedía perdón, él me pedía perdón.” (Entrevista 7)

Dentro del maltrato físico las diferentes formas que se manifestaron en los relatos fueron con cachetadas, palmadas, palizas, golpizas con cinto. En los relatos se puede percibir el miedo, el dolor y la falta de contención de una figura adulta.

“Mi infancia, tengo recuerdos de cosas fuertes en la que pasaron, por ejemplo, que me hicieron después como tener miedo de los lugares donde viví. Tengo un

⁹ Modelo Interno de Trabajo

recuerdo que me acompaña siempre, que es...que recuerdo que me pusieron adentro de una bolsa. Una bolsa de arpillera, yo tenía que ser muy chiquita para entrar a una bolsa arpillera... y recuerdo de gritar, que me sacaran de ahí adentro. Porque era gracioso para ellos lo que me estaban haciendo, de encerrarme ahí adentro y cargarme al hombro en la bolsa. Y yo gritaba desesperada de que me sentía sofocada y a ver que faltaba el aire del encierro tenía una sensación espantosa. Lo único que recuerdo de estar ahí adentro, querer moverme y querer salir de adentro de esa bolsa... Y que ellos se reían, mi padre y todos los empleados ahí en el campo se reían de la situación de qué graciosa. No me acuerdo qué era lo que decía el empleado, traía no sé qué animal adentro de la bolsa refiriéndose a mí. Y eso nunca más me lo olvide, eso me quedó... Como un miedo, como algo, un recuerdo horrible...” (Entrevista 10)

La falta de herramientas para la gestión de las emociones y el estrés por parte de las figuras de cuidados, se expresa en respuestas de violencia física hacia NNA, la incapacidad de manejo del enojo y el predominio de la impulsividad, lleva a desarrollar el ejercicio del poder en una relación asimétrica, por medio de la expresión de maltrato físico como forma de disciplinar y corregir, como en el caso del siguiente relato.

“Me acuerdo la última vez que me dio una cachetada fuerte porque la llamaron del Liceo. Y yo me hacía la rabona y hacía no sé cuánto que no entraba a una clase y claro, justo la llamaron. Fue, sintió vergüenza de que la llamaron por mí, vino furiosa. Me acuerdo, volaron mis caravanas por el aire, me comí una cachetada enorme, “¡que nunca más me llame!, ¡qué vergüenza y qué horrible que por una hija y que todavía una mujer y me llamen por ti!” Mi padre si era más violento, papá si, era de pegarme con un cinto, no tenía problema y dejarme toda marcada. (...)Y me agarró con un cinto, se sacó el cinto. Me acuerdo y mi madre era la hinchada que tenía. “Sí, dale, dale, dale”. Y con la hebilla porque todavía tuvo la precaución de que fuera con la hebilla, ¿no? De agarrarlo del otro extremo. Te juro que me marcó por todos lados tenía la espalda, las piernas, el estómago, por todo por todo. El único lugar que no me pegó fue la cabeza y en el rostro. Después del cuello para abajo por donde cayera, este, me dejó toda marcada totalmente marcada con el cinto para que aprendiera” (Entrevista 10)

Como en otras formas de maltrato, el maltrato físico viene acompañado de otras formas de maltrato que muchas veces ocurren en simultáneo, lo cual genera un contexto que

predispone a la polivictimización de NNA. A su vez, la existencia de situaciones de VBG entre las figuras de cuidado, aumenta el riesgo para que se generen situaciones de maltrato físico contra los NNA.

Existe consenso entre los estudios realizados sobre los efectos perniciosos del maltrato físico en NNA, los cuales difieren en resultados dependiendo de la edad de inicio, los tipos de maltratos físicos, la duración, en esta línea existe una relación entre la exposición a múltiples formas de maltrato físico y desarrollo de psicopatología en la vida adulta. Yendo a las bases teóricas en trauma Carlson et al (1997) sostiene que para que un evento sea traumático tienen que suceder tres variables: la incapacidad de controlar el evento, la percepción de negatividad del suceso y lo sorpresivo. En esta línea Adams et al (2018) proponen que existe una relación con la exposición temprana a situaciones de maltrato físico y síntomas de TEPT, depresión, ansiedad, IAE e indefensión. A su vez, Lansford et al (2021) menciona que los adultos que informan antecedentes de maltrato físico tienen problemas de salud y desregulación emocional en comparación a adultos que no han sido expuestos a situaciones de maltrato físico.

5.1.6. Abuso Sexual Infantil

Entre las doce sujetas de investigación tres manifestaron haber pasado por situaciones de abuso sexual infantil, a su vez, se podría hipotetizar que otras tres también podrían haber sido expuestas a situaciones de ASI por las historias de maltrato y negligencia que existen en cada una de sus entrevistas.

En los relatos se observan situaciones de abusos sexual infantil intrafamiliar y extra familiar, en los cuales aparecen el secreto y la culpa como creencias limitantes para pedir ayuda, a su vez, la falta de contención y validación por las figuras de cuidado no abusadoras termina de fragmentar la experiencia psíquica generando una sensación de vulnerabilidad total. El párrafo siguiente oficia como ejemplo de una situación de abuso sexual infantil intrafamiliar en el cual se puede observar algunas secuelas que produce la exposición a este tipo de maltrato

“Sufrí abuso de mi hermano mayor, abuso sexual durante muchos años, por lo cual hice terapia recién después como a los veinte años. Porque en la sociabilización de las demás mujeres compañeras de trabajo, me fui dando cuenta que yo no vivía el ser mujer como ellas, no sé si me explico. Y yo también quería

disfrutar de lo que disfrutaban las demás, y pensaba que me podía arreglar. Entonces comencé a hacer terapia, pero recién a los veinte, por esa situación y por como transcurrió mi vida, por el abuso sexual en mi adolescencia y mis relaciones de pareja, que no eran nada normal.(...) La primer persona que le contaba era mi primer novio, después mi pareja y luego el padre de mi primer hijo. Él me ayudó, en realidad, él le dijo a mi mamá, porque yo no podía decirlo, me daba mucho miedo en cómo se sintiera mi mamá, lo que le iba a doler, mi hermano mayor tenía hijos, y esposa. Eso también me preocupaba, me daba tristeza de lo que podría pasar. Bueno, él le dijo a mi mamá, ella hizo como un alboroto pequeño, pero la vida siguió igual. Todo escondido.” (Entrevista 6)

El ASI es una expresión de vulneración de derechos a infancia y adolescencia que viene acompañado de otras formas de maltrato, que en su conjunto conforman un proceso traumatizante que dejan a NNA en un estado de total vulnerabilidad. La falta de organización de las experiencias dentro de un hogar disfuncional, hace que se potencie el riesgo de revictimización, debido a que no se pudieron incorporar las estrategias de autocuidado, seguridad emocional y socialización necesarias para un relacionamiento saludable con sí mismas y con los demás. En el siguiente párrafo se observa la exposición a ASI extrafamiliar, en la que los adultos no pudieron desarrollar estrategias de cuidados para con la adolescente, por el contrario se utilizó la manipulación, la asimetría de edad, de conocimiento, de poder y la amenaza para vulnerar a una adolescente.

“En realidad cuando perdí la virginidad fue una situación de violencia, porque yo la perdí a los trece con una persona que tenía veinte y seis y que yo no conocía en realidad. La había conocido hacia unos días, cuatro días en una feria temporal que había ahí en ese barrio y yo fui porque había una ropa que me gustaba, y pegue tremenda onda con la gente de la feria, (...) Y al último día la feria como que todos los feriantes estos, todos se iban a ir a un lugar a comer pizza y yo dije “ah, qué divertido, quiero ir con ustedes a comer pizza”. Me dijo “bueno dale, me acompañas a llevar las cosas” que eran tres cuadras de la casa y nada fuimos a llevar las cosas los maniqués y todo eso. Y cuando ya estaba ahí como que “Ay no, ¿y si mejor nos quedamos acá? Comemos pizza acá” Que fue lo que hicimos y después yo ya no estaba tan segura (...). En una fuimos a buscar la pizza, estamos subiendo, él como que se hacia el que no me creía de que yo era virgen. Y le dije que sí y me dijo que está, que bueno, que su casa no era un hotel igual,

si me quedaba en la casa como que ya lo iba a dejar de ser, cosa que pasó y ta...cero cuidadoso. Cómo te digo, no estaba preparada, (...) Pero eso me tomó igual muchísimos años darme cuenta que es un abuso, en el momento yo estaba convencida de que había sido mi decisión...” (Entrevista 9)

De acuerdo con los planteos de Villalta et al (2020) sostienen que la exposición a trauma sexual durante la infancia y adolescencia puede generar alteraciones en la AAO con un deterioro funcional significativo, en la desregulación emocional, autoconcepto negativo y desregulación relacional, lo cual se asocia con sintomatología de trauma complejo. En este sentido, la desregulación emocional, se convierte en un predictor para una mayor exposición a futuras situaciones de revictimización.

5.1.7. Exposición a situaciones de VBG en el hogar

En la narrativa de ocho de las sujetas de investigación surge la exposición a situaciones de VBG en sus hogares. Es importante destacar los factores de riesgo como mapa conceptual de las diferentes formas de VBG a las que son expuestos NNA, en este caso Atenciano (2009) agrupa estos factores de riesgo en varias categorías de análisis como la dificultad del ejercicio de una parentalidad positiva, inhibición de estrategias de afrontamiento, la frecuencia de las situaciones y la severidad de las mismas, la etapa de desarrollo de NNA, las reacciones postraumáticas en NNA, la prevalencia de redes de apoyo y contención con otras figuras adultas o instituciones y por último la victimización de NNA. En concordancia Alonso et al (2011) coinciden expresando que los impactos a la exposición a la VBG dependen de varios factores como la duración, la intensidad y los tipos de violencia, también es importante la edad del NNA. En esta línea Pinheiro (2010) afirma que la exposición de NNA a situaciones de VBG aumenta el riesgo para que sean expuestos a otras formas de maltrato. En la siguiente entrevista se puede observar cómo fue convivir con la pareja de su madre en un entorno de violencia:

“Y después, mi mamá tuvo otra pareja que era muy violenta, que fue el padre de mi hermana, mi siguiente hermano por parte de madre que tenía veinte años y bueno y esa etapa fue muy complicada porque era una persona muy agresiva todo el tiempo conflictiva” (Entrevista 11)

Las consecuencias que se visibilizan en estas situaciones pueden afectar áreas como la relacional con manifestaciones de aislamiento, inseguridad, agresividad y reducción de

competencias sociales. Sintomatología depresiva, con llanto, tristeza, baja autoestima y aislamiento, alteración del sistema nervioso autónomo donde los NNA quedan en un estado de hipervigilancia con miedo a perder a su padre o madre. También existe la posibilidad de que quede comprometida el área emocional con respuestas de rabia, ansiedad, sensación de desprotección, culpa, dificultad para identificar y gestionar las emociones, cambios de humor. A su vez, se produce alteraciones en el sueño, junto con la presencia de sintomatología regresiva donde reproducen conductas de estados del desarrollo anteriores a su edad. Otra área queda comprometida es la del aprendizaje, con problemas de concentración y atención, disminución del rendimiento escolar. En cuanto a las manifestaciones postraumáticas se destacan el insomnio, pesadillas, fobias, ansiedad, pensamientos intrusivos, flashback y trastornos disociativos.

En concordancia Rosser et al (2018) agregan que la VBG que sufren las mujeres madres de NNA teniendo en cuenta variables como los altos niveles de estrés, la desregulación emocional, situación de vulnerabilidad social y económica, afectan el desarrollo de estrategias de cuidado positivas ya que su sistema nervioso solo se encuentra enfocado para sobrevivir. Dentro de esta investigación surgieron situaciones donde las madres de las sujetas de investigación eran expuestas a diferentes expresiones de violencia psicológica, donde se puede observar además, las diferentes formas en las que se expresaba la desigualdad en las relaciones de poder, reproduciendo mandatos patriarcales dentro de estereotipos de género en las cuales esas madres eran sometidas por sus parejas. A continuación se observa la reproducción de una masculinidad hegemónica de dominación hacia el resto de los miembros de la familia en la que seguía ejerciendo control, dominación e intromisión sobre su expareja, no dejando claros los límites en la relación entre los padres para sus hijos e hijas.

“Ah... mi papá también iba los domingos a almorzar a casa, y se sentaba en la cabecera y elegía lo que había que comer y tenía llave, entraba y salía cuando quería. Pero bueno, fueron pasando los años y mi madre se comenzó a cansar de esas dinámicas, y como pudo, desde mi punto de vista de adulta, lo hizo muy mal, pero bueno como pudo puso ciertos límites (...) nada, mi padre seguía siendo uso de la casa y de las dinámicas familiares como si no se hubiera ido” (Entrevista 4)

Por lo tanto, cuando se está en un contexto donde se reproducen dinámicas de VBG, los NNA se desarrollan en un ambiente en el cual las figuras que deberían de generar

cuidados infunden terror, esta dinámica produce sistemas de cuidados que desorganizan las estrategias de apego de NNA, por lo cual aprenden a desconectarse de la realidad y de sus emociones.

En el siguiente párrafo se pudo observar a través del relato de la sujeta de investigación la exposición de su madre a formas de violencia psicológica y emocional que ella misma pudo visibilizar.

“Yo que sé... a mi madre le gusta cierto tipo de música que a mi padre no le gusta. Entonces iba y no la dejaba escuchar esa música, en su propia casa. Y mi madre eso... que siempre quiso estudiar, viste, y mi padre le re daba para atrás, como que le decía que para que iba a estudiar, que ya estaba re grande, que yo ya había nacido, que yo estaba ahí caminando. (...) pero se separaron y mi padre se quedó un tiempo viviendo en casa. Hasta que la situación se hizo insostenible, como suele pasar en parejas que viven juntas, y el día que se decidió que eso era insostenible fue un día que yo estaba viniendo de la casa de mis abuelos y entré y estaban peleando y estaban discutiendo fuerte y como que eso ellos no me mostraban. Ellos no discutían en frente mío y cuando vieron la situación fue como bueno ta...” (Entrevista 9)

A partir de los relatos de las sujetas de investigación respecto a sus infancias es posible observar el daño psíquico, emocional y físico por haber sido expuestas a situaciones que en algunos casos bordeaba la tortura. Muchas de ellas tuvieron que saltarse etapas, sobre adaptarse y hacerse cargo de tareas y roles que no les correspondían, en hogares donde las figuras de cuidado no se hicieron responsables de la violencia infringida. Estas infancias maltratantes afectaron en varias áreas a las sujetas de investigación como en el aprendizaje donde se escuchaban relatos como el siguiente: *“Pero cuando pasé al liceo me empezó a costar mucho, mucho...y no sé si es que no tenía la capacidad para entender o si yo era burra!, pero me costó muchísimo”* (Entrevista 6). En los cuales iban creándose ideas de sí mismas que no eran las adecuadas, ya que sus sistemas nerviosos estaban en “modo guerra”, es decir, todo su SNA estaba enfocado en sobrevivir y no en aprender.

Yehuda (2019) sostiene que el cerebro crece debido a las experiencias, siempre y cuando las mismas provengan de contextos de buenos tratos y de respeto a las infancias. Ya que los primeros años de vida son vitales para el desarrollo y los sistemas nerviosos a temprana

edad son muy vulnerables. A medida que van creciendo se van produciendo podas sinápticas de acuerdo a los tipos de experiencias que van viviendo potenciándose las redes neuronales que se activen más seguidas. En estas instancias si el contexto es tóxico y estresante las redes que van a potenciarse son las redes de respuesta al estrés inhibiéndose y descartándose las demás como, por ejemplo, aquellas dedicadas al aprendizaje. Por ello el apego es un concepto importante ya que afecta la forma en que se ven a sí mismas y en la relación con los demás. Según los relatos se podría plantear que todas las sujetas han desarrollado estilos de apego inseguros y en tres casos además desarrollaron un estilo de apego desorganizado. Coincidiendo con los aportes de Herman (1997) en cómo la exposición a situaciones de estrés en NNA significa un riesgo para el apego, el desarrollo y la salud física, mental y emocional.

Sin las herramientas suficientes para lidiar con montos altos de estrés, estas niñas no podían conectar con sus emociones y sensaciones corporales, activando en algunas situaciones respuestas primitivas como la congelación, *“ese golpe de papá me dejaba, me dejaba congelada, congelada y me costaba mucho que se me fuera”* (Entrevista 7). Y de este modo se iba activando frente estos contextos traumatizantes estrategias defensivas donde la única forma de escapar cuando no había escape era la disociación como formas de escapar a esas realidades maltratantes. En concordancia con Silberg (2019) el despliegue de respuestas disociativas ha servido en estas instancias como la última forma de protección ante situaciones traumáticas. Otra forma de evadir la realidad surgió a través del consumo de fármacos: *“...como mi madre tomaba Aceprax y no me acuerdo que otra cosa , yo le robaba medicación a mi madre y la tomaba yo para dormir, porque quería estar todo el día durmiendo, entonces ta, como que eso me influía bastante pero siempre fui bastante funcional”* (Entrevista 11).

Silberg (2019) también sostiene que la exposición a situaciones traumáticas a edades tempranas junto a la ausencia de una figura de cuidados que sostenga puede generar en niños y niñas múltiples MOI que compitan haciendo que por momentos vean al padre o la madre como cuidadores y en otras como figuras que ejercen miedo y terror.

“Es que mi padre me daba miedo, además de chica me da miedo, tipo... no sé, me da, me daba miedo (...) que cómo me hablaba, cómo se paraba, cómo me decía”
(Entrevista 9)

En esta línea Silberg (2019) agrega que en entornos traumáticos y figuras de cuidado deficientes se generan afectos abrumadores tremendamente negativos en NNA y como resultado de ello, el cerebro selecciona y refuerza vías para potenciar la evitación de los afectos negativos junto al contenido traumático, esto puede hacer que el recuerdo traumático no sea integrado de forma adaptativa y que los NNA crezcan no queriendo recordar tales experiencias que generen tanto malestar y conductas que amenacen su capacidad de cubrir sus necesidades. Quizás esta sea la respuesta de por qué alguna de las participantes expresaban en sus narrativas en torno a sus infancias: *“Yo creo que tuve una infancia feliz”* (Entrevista 2). Empleando las palabras de Knipe (2019) las niñas y niños como forma de sobrevivir a contextos de maltratos prefieren utilizar la lógica de soy un niño o niña malo con padres buenos, en vez de pensar que es un niño o niña buena con padres malos. De este modo buscan las formas de ser lo suficientemente buenos y buenas para que se merezcan el cariño de los padres. En esta lógica, tener conciencia de un contexto de maltrato generaría una sensación de desesperanza, impotencia e indefensión. Cabe agregar que dentro de los relatos expresados por las sujetas de investigación surgieron situaciones de autolesiones a través de expresiones como las siguientes:

“Cuando era más chica capaz hasta los dieciséis me lastimaba” (Entrevista 11).

“... sí, me cortaba y era, porque a veces si me daba mucho enojo, sentía mucha rabia y me calentaba mucho y yo tenía una gomita y me daba para y tiraba como pero era una forma también del dolor como de salir del enojo. Drogas, sexo y no sé qué no era excesivo,...” (Entrevista 9)

En esta instancia se comprende las conductas de autolesiones desarrolladas por algunas de las participantes que según explicita Mosquera (2008) son estrategias de afrontamiento y medidas compensatorias desarrolladas como formas de manejar y tolerar las emociones. En algunas situaciones se originan debido a la dificultad de la persona en no encontrar las palabras que le permitan comunicar el sufrimiento y las emociones intensas. Por lo tanto, las conductas de autolesión surgen cuando los mecanismos adaptativos de estas niñas y adolescentes se agotaron y recurrieron a otros medios que le ayudaron a afrontar mejor esos estados de ánimo insostenibles, transformándose en la forma en que expresaron su dolor.

Otra consecuencia de los efectos traumáticos de la exposición a diferentes formas de malos tratos, en algunas participantes, es que se pudo visibilizar en las narrativas instancias donde sucedieron intentos de autoeliminación.

“Traumático... Tuve dos intentos de autoeliminación. Mi mamá tomaba unas pastillitas azules, Valium, Y la primera vez fue antes, entre este transcurso que estoy de novia y no quería estar sola con él.” (Entrevista 6)

Según lo dispuesto a través del Ministerio de Salud Pública –en adelante MSP– (2021) a través de *La Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio 2021-2025* la tasa de suicidio en Uruguay ronda un 20,55 cada 100.000 habitantes lo que nos posiciona en los primeros lugares en América Latina. Estando por encima de los fallecimientos por accidentes de tránsito y homicidio, a su vez, en cuanto a la distribución por sexo en Uruguay la tasa de suicidio en 2019 en hombres –de 33,7– supera a la de mujeres – 8,21 cada 100.000 habitantes–. Sin embargo, en cuanto a los IAE son las mujeres quienes tienen más intentos de autoeliminación en comparación a los hombres. En palabras de Machado et al (2021) es preocupante el aumento de la prevalencia de comportamiento suicidas en jóvenes de quince a veintinueve años por lo que se estima que uno/a de cada diez adolescentes haya tenido un IAE.

En definitiva, la exposición a múltiples y prolongadas formas de violencia hacia las infancias y adolescencias en las sujetas de investigación dejó huellas importantes que afectaron su salud mental, emocional y relacional. A través del análisis de los relatos surge que seis de las doce sujetas de investigación transitaron por infancias expuestas a múltiples situaciones traumáticas que se pueden configurar dentro de la categoría de trauma complejo. Estas observaciones están en consonancia con los aportes de Cervera et al (2020), los mismos se apoyan en que la generación de procesos traumatizantes dentro del contexto de relaciones del apego, con figuras de cuidados que no pueden desarrollar competencias parentales, puede ocasionar manifestaciones psicopatológicas que exceden el cuadro sintomatológico de TEPT. Esta lectura se encuentra alineada con los resultados de varias investigaciones realizadas por Speranza et al (2022) en el cual sostienen que existe una relación significativa entre el desarrollo de estilos de apegos inseguros y desorganizados junto a la prevalencia de trauma complejo en la infancia con la exposición a situaciones de VBG en la vida adulta.

A continuación se presenta una tabla donde se resumen todos los tipos de maltrato al que fueron expuestas las sujetas de investigación en sus infancias y adolescencias.

Tipos de maltrato infantil										
	Psicológico	Emocional	Negligencia	Abandono	Físico	ASI	Institucionalización	VBG entre sus padres	Bullyng	Experiencias Adversas
S1	X	X	X	X	X			X	X	XXX
S2	X	X	X							
S3	X	X	X	X	X	X				X
S4	X	X	X		X			X		XX
S5		X	X	X						
S6	X	X	X			X		X		
S7	X	X	X	X	X			X		XXX
S8		X	X		X			X		
S9	X	X	X		X	X		X		XX
S10	X	X	X		X			X		X
S11	X	X	X		X			X		XXXX
S12	X	X	X	X			X			

Tabla 4. Tipos de maltrato infantil que se visibilizaron en las entrevistas.

5.2. Violencia Basada en Género

Las experiencias compartidas por las doce sujetas de investigación fueron múltiples y diversas, cada una con su propia visión de su experiencia. Donde las violencias dejaron sus huellas en sus cuerpos y en sus mentes. Son mujeres de diversas edades, clases sociales, económicas y con trayectorias educativas muy diferentes. A todas las une haber sido expuesta a situaciones de violencia basada en género por sus exparejas y haber salido vivas de esas situaciones.

En distintas épocas y edades, todas fueron atravesadas por las mismas violencias, las cuales fueron vivenciando de acuerdo a como se fueron construyendo dentro de formas de crianzas maltratantes que les fueron dinamitando ya de pequeñas la autoestima y predisponiéndolas a ser revictimizadas en su vida adulta por personas que eligieron pensando en compartir una vida en pareja. Se fueron construyendo como mujeres dentro de un sistema patriarcal que les marcó el ser para los demás y no para sí mismas.

5.2.1. Violencia Psicológica

En las entrevistas, los relatos sobre las vivencias sufridas respecto a la exposición a situaciones de VBG son muy variadas y la riqueza se encuentra en la singularidad de cada relato. De igual forma que en los maltratos en la infancia, la violencia psicológica y emocional son las que más frecuentemente surgen en los relatos de las sujetas de investigación. Y son las formas de violencia que más se invisibilizan y naturalizan, seguramente por la exposición a diferentes formas de violencia en sus propias infancias. En las mismas surgen los insultos, agravios, humillaciones, amenazas, celos, control y el aislamiento como los más utilizados por los agresores.

Los siguientes párrafos, se utilizan como ejemplos de las diferentes formas de control a la que fueron expuestas la mayoría de las sujetas de investigación, en estos fragmentos se observa el grado de control y sometimiento que las sujetas de investigación padecieron por años, situaciones que dejaron huellas en la salud mental y emocional de estas mujeres.

“Porque los celos, o sea de su enfermedad, los celos eran... de hecho, una vez que llamamos a la policía. Y le dijo a la policía: “ella es mi esposa, porque está casada conmigo”, yo todavía estaba casada y “ahí adentro tiene un tipo y la madre lo apaña”. Y juraba, pre juraba que dentro había un tipo. Este, de ese tenor, bueno y ahí se le disparó el celo de no sé qué” (Entrevista 3)

“Quedé embarazada, muy enseguida y el embarazo lo viví con angustia, porque estábamos en la etapa de los celos, él me celaba a mí porque no estaba nunca, y yo no entendía nada, porque yo iba a trabajar, estudiaba, estaba poco en la casa. ¡No fue lindo!” (Entrevista 6)

Otra forma de violencia psicológica es la manipulación, cuya finalidad es degradar la autoestima de la mujer, invalidando cada comentario, idea u acción, haciéndola sentir inútil a través de mensajes de culpabilización.

“Pero por ejemplo con una pareja cuando respondía, me daba vuelta toda impresión. Entonces, es una persona muy manipuladora y muy bueno manipulando, entonces nada, aunque yo tuviera razón, si llegaba a decir algo, me lo iba a dar vuelta y nada, como que también me da vergüenza, siempre sentía que lo que yo decía estaba mal. Y a veces optaba por no decir nada, callarme, sufrir y llorar.” (Entrevista 9)

La violencia psicológica no deja marcas visibles en los cuerpos de las mujeres, forman parte de las estrategias de sometimiento y dominación dentro de relaciones desiguales de poder. Su objetivo es devastar la autonomía psíquica de las mujeres, con mensajes que dañan la autoestima y la percepción de sí mismas, por lo tanto este tipo de violencias forman parte del ciclo de violencia al que alude Walker (2012) cuyo objetivo es la desvalorización de la mujer para poder controlarla. A continuación se puede observar como la violencia psicológica hizo sus efectos al incorporar las creencias del agresor.

“(…) y después vino toda la otra parte... más violenta, más de: “sola no eres nada, sola no vas a poder, dependes de mí”. Yo como que casi que no trabajaba, mi trabajo nunca servía, “sola te vas a morir de hambre”, yo qué sé... siempre, todo lo que era mío era menos que todo, yo no podía nada. Y me lo creí mucho tiempo, que yo sola no iba a poder salir adelante, que yo sola no me iba a poder mantener, que yo sola no iba a poder sobrevivir a nada. Estuve convencida mucho tiempo de eso, estuve segura prácticamente de que no iba a poder mantener cuando quiera un mes. De que no iba a poder tener dinero para nada, entonces eso me pesaba mucho y nunca me animaba a dar el paso, a decir bueno ta, tengo que terminar con esto, no puede ser... ” (Entrevista 10)

Otra forma de violencia psicológica que se pudo observar en las entrevistas fue el aislamiento, el cual forma parte de las estrategias de sometimiento y control sobre las

mujeres y para lograr ese objetivo, los agresores aíslan a las mujeres de sus redes de apoyo y contención para que no puedan salir del ciclo de violencia. En los siguientes párrafos se pueden observar diferentes ejemplos de aislamiento al cual fueron expuestas la mayoría de las sujetas de investigación.

“Me fue aislando, me fui vistiendo de negro (...) “¿Y qué vas a hacer vos sin mí?” Porque era una de frases “qué vas a hacer vos sin, sin mí no sos nada”, sino “para qué te tengo” cuando no cocinaba, bueno...(…) fueron doce años de lavado de cerebro, total, un lavado de cerebro donde se mezclaba la violencia con un giro que daba de golpe y venía todo lo que era la opulencia” (Entrevista 7)

“Me empecé a alejar de todo el mundo. Me alejé de todos mis amigos. Mi espacio estaba solamente con él” (Entrevista 8)

“Yo qué sé, estaba medio excluida, entonces a la que más afectaba era a mí y a mi hijo. Estaba media sumisa, estaba como media aislada y estaba como te digo, no me había dado demasiado cuenta, lo que sí me di cuenta era por el relato del resto de la gente que me cuentan de cuando iban a mi casa, todos me cuentan como eso, como yo haciendo muchas cosas, viste, siempre me dicen lo mismo” (Entrevista 2)

En resumen, la violencia psicológica, es una forma de VBG, que se encuentra invisibilizada, debido a la naturalización de muchas de esas expresiones como manifestaciones “normales” dentro del relacionamiento entre las parejas, como una forma de reproducción del “amor romántico”. Generalmente las situaciones de VBG comienzan con la vulneración de los límites de las mujeres, la vulneración de ese *no* es el comienzo del ciclo de la violencia, son situaciones que van quedando invisibilizadas, quizás sea a causa por las experiencias de maltratos en la infancia y la adolescencia que les fueron dinamitando la capacidad de poner límites a los demás.

5.2.2. Violencia Emocional

Al igual que la violencia psicológica, la violencia emocional es otra de forma de ejercer violencia contra las mujeres que aparece invisibilizada. Su objetivo es la degradación emocional, socavando su autonomía emocional para generar o profundizar conductas de dependencia emocional. Lo cual va llevando a generar la necesidad extrema de afecto continuo de la pareja, lo que lleva, a su vez, a que se priorice a la pareja por sobre

cualquier situación. Este es el objetivo de la violencia emocional lograr que el varón se vuelva el mundo, un todo en el cual la pareja quiera vivir. Las formas en las que aparece la violencia emocional en las entrevistas es a través de infidelidades de la pareja y discursos emocionalmente manipuladores.

“Me acuerdo cuando me sentía, más mal por todo lo de mi viejo, me acuerdo era cuando él me hacía esas cosas de “hoy no te veo, mañana, mañana no te veo, hoy te quiero ver y estar toda la vida contigo”, y al otro día, “sabes que al final hoy no te quiero ver”. Así como un abandono. (...) No sé por qué lo tenía así idealizado. No sé, me acuerdo de perdonar cosas, me acuerdo una noche que salió con un amigo, de haberme quedado ahí esperándolo, porque él me dijo que lo esperara ahí en su casa. Y que fueran las diez de la mañana y todavía no había llegado. Y cuando lo llamo, no me corta el teléfono y se escucha que está con otra mujer. Y que la otra mujer le decía: “no me dijiste nada, cómo le vas hacer eso si la querés”. Y él decir “Pero no la quiero”. Y yo escuchando toda esa conversación. ¡Y perdoné eso! Le llegué a perdonar esa situación. Pero me acuerdo de sentirme así como para querer morirme, no de querer matarme”
(Entrevista 8)

La exposición constante a mensajes que deterioran la autopercepción repercute en la calidad de vida y afecta notoriamente la salud mental de las mujeres lo que puede derivar hacia un estado de depresión, a la generación de ideas de muerte e IAE. Son experiencias que desorganizan el aparato psíquico, liquidando el sistema de respuestas adecuadas para la salida de este tipo de situaciones. En el párrafo siguiente se puede observar como la violencia emocional lleva al límite de las capacidades de las sujetas de investigación.

“Y un mediodía, una tarde él estaba arriba tomando sol y yo subí para...no me acuerdo para qué, si para tomar, o para charlar con él. O no sé qué. Y me dijo algo. Y por primera vez y única vez en mi vida, miré el pretil y miré para abajo. Que yo me desconocí porque en ese momento dije, yo no soy así. Miré, para abajo que también había algo... Yo no soy así. Por lo que me dijo, era muy lastimoso y me hería. Era una cosa espantosa. Cómo me dejé. Me dijo “mira, lo mejor que te puede pasar es que te vayas en el Buquebus”, no era Buquebus en ese momento (...) “Y te vayas atrás a la parte de atrás del barco y te tires, porque ahí están las aspas. Quedas bien chiquitita”, algo así me dijo. Y yo miré y sentí en ese momento

no era que me iba a tirar, no sé, pero era una y fui miré, mirar, miré y no me olvidó de que miré y en ese momento todo lo que dije yo no soy así, yo esto no soy. Y ahí me retiré” (Entrevista 3)

Existe poca investigación que evalúe el impacto de la violencia psicológica y emocional en las mujeres expuestas a situaciones de VBG, en este sentido Ha et al (2021) relacionan los maltratos en la infancia con la posible generación de dependencia emocional, la cual es un factor de riesgo para ser revictimizada en una relación de pareja. A su vez, se encontró que experimentar violencia emocional tiene mayor impacto en la generación de ideas suicidas en comparación con la violencia física. Por lo tanto, es importante promover estrategias de prevención de la violencia psicológica y emocional, en diferentes espacios como formas de generar herramientas que visibilicen estos tipos de violencia y poder incorporar estrategias de autocuidado y protección para evitar relaciones con varones violentos.

5.2.3. Violencia Económica

En cuando a la categoría de violencia económica surge a través de los relatos, experiencias en las cuales la mujer debía trabajar haciéndose cargo de la mayoría de los gastos, el no pago de pensión alimenticia, impedimento al acceso de fuentes laborales y limitaciones en el manejo de sus propios recursos económicos.

“Pasaron los meses y él nunca consiguió otro laburo... Entonces yo estaba bancando a los dos con un sueldo que no era para bancar económicamente a dos personas. Y nada... me entré a angustiar muchísimo, él no movía un dedo para solucionar ese tema, sentía mucha angustia y mucha presión, porque también como que no quería decirle a él, a veces, que andábamos mal de plata porque sentía que me iba a decir que era mala administrando, o algo así. Entonces claro, tenía todos los problemas financieros que tampoco se los quería contar a mamá, porque no quería desilusionarla y decir que yo nada más estaba yo con todo” (Entrevista 9)

“...no me dejó ir a trabajar, porque era muy bajo el sueldo y cómo la señora de un economista con doctorado iba a trabajar...” (Entrevista 7)

En palabras de Córdova (2017) la violencia económica es una manifestación de la VBG cuyo fin es el control de los ingresos o impedir el acceso a fuentes de trabajo para socavar

el ejercicio de su autonomía. Esta conducta se sostiene dentro de la reproducción de una masculinidad hegemónica en la cual el varón debe ser el proveedor en la relación. Por el contrario, también puede suceder lo contrario, y se manipule a la mujer para que se haga cargo de todos los gastos.

5.2.4. Violencia Patrimonial

En las situaciones que se visibilizaron situaciones de violencia patrimonial se manifestaron eventos donde no se les permitía utilizar vehículos propios o se les destruía efectos personales. A continuación, se muestra como forma de ejemplificar este tipo de violencia, un par de extractos de entrevistas en los cuales se observa diferentes formas de violencia patrimonial.

“La verdad que yo me mataba, dejaba la comida en la heladera, esto, cosas ricas, todo, todo, todo, por ejemplo tenía que agarrar un auto porque teníamos dos, y me dijo: “bueno, este auto no te llevas”. Me fui con uno que estabas regalado, viste... Eso es violencia, violencia.” (Entrevista 5)

En este párrafo se observa la impulsividad y la agresividad con la cual el agresor manifestaba su ansiedad de control sobre la persona, sin medir las consecuencias, lo cual hace que sea un factor de riesgo que pone en peligro la vida de la sujeta de investigación.

“Lamentablemente, era conocido cuáles eran sus manejos, no sé, pero yo he estado con los milicos ahí cagándose de risa en la puerta de mi casa. Yo llamaba a la policía porque él lloraba literalmente agarrado de una reja. Igual dos horas. “¡Abrime por favor! Te amo gorda, abríme, por favor, ¡te amo!””. Yo desconectaba el teléfono para que no sonara por mi vieja que dormía, desconectaba el timbre y el celular, le quedaba gritar. Gritar y romper el portón. Un día, al ver que no reaccionaba, nadie salía, una mañana agarró y se metió con un auto que no era de él, porque, sí, era, era muy vivo, hacía las cosas bien hechas, agarró cualquier auto, agarró uno anda saber de quién era, le dio contra un portón de hierro. Que la policía la llamó a una vecina que vio, que sacó al perro a las 7 de la mañana de un domingo y él venía de trabajar y bueno, se le dio por romper mi portón. Los mensajes más espantosos que te puedas... cosas que nunca me dijo nadie en la vida. La policía, que ya ahí tenía medida cautelar. Pero a él nunca le pasa nada. Nunca fue preso.” (Entrevista 3)

La violencia patrimonial es otra de las manifestaciones de VBG en la cual se limita el acceso a los propios bienes de las mujeres, también se dan acciones en las cuales se destruyen objetos de valor y documentación importante de las mujeres, como forma de querer controlar y someter a las mujeres en el marco de relaciones desiguales de poder.

5.2.5. Violencia ambiental

Algunos autores incluyen a la violencia ambiental como una forma de violencia psicológica, sin embargo es importante tenerla bien diferenciada, se trata de expresiones de agresividad por parte del varón de forma impulsiva, en las cuales, por ejemplo, se rompen objetos de la casa, se golpea la puerta luego de una discusión, se golpea la pared con los puños o la cabeza.

“(...) yo ya había vivido situaciones feas así, golpeaba cosas, rompía cosas, mucha tensión, se ponía en un estado que no sabía que iba a pasar, de lo que era capaz...” (Entrevista 6)

Se trata de manifestaciones de violencia física que impactan indirectamente en la mujer, generalmente es indicio de falta de gestión emocional del varón y que posiblemente sea el paso anterior al ejercicio de la violencia física contra la mujer.

5.2.6. Violencia Física

En la mayoría de las sujetas de investigación surgieron situaciones donde fueron expuestas a violencia física por parte de sus exparejas, estas dinámicas sucedían luego de haber transitado por situaciones de violencia psicológica y emocional en las que el ciclo de la violencia se iba estrechando. En las entrevistas surgieron relatos donde se manifestaban expresiones de violencia física a través de empujones, forcejeos, cachetazos, patadas, palizas, utilizaban elementos para generar heridas, intentos de ahorcamiento.

A continuación, se comparten dos extractos de las entrevistas que reflejan las situaciones de violencia física a las que fueron expuestas en sus relaciones de pareja. En las cuales se observa, como a través de la cosificación de los cuerpos de las mujeres se utilizó la

violencia física como forma de sometimiento y control. Estos párrafos pueden ser un reflejo de las vivencias de miles de mujeres uruguayas que son sometidas por sus parejas y exparejas y que guardan silencio, ya sea por culpa o vergüenza o porque no han desarrollado la capacidad de pedir ayuda.

“Él me pegaba cuando las nenas estaban durmiendo, o cuando las nenas se iban primero a la casa de las tías y después de las amigas. La primera vez que, que se enojo fue porque yo me di cuenta que estaba tomado, y le dije, porque claro, yo no me daba cuenta que venía tomado y yo estaba durmiendo. Pero un día estaba despierta, que me sentía mal por el embarazo y el viene tomado, y yo le dije porque viniste así, y se daba ¿no? bueno ahí fue la primera vez que me pego embarazada y me sacó para el patio y me dejó en el patio con la perra. Y me dejó toda la noche y toda la madrugada. Yo le pedía que por favor, que me dejara entrar, despacito, que nadie supiera ni nada, y así porque las nenas no estaban (...) Llegar a trabajar y bueno, los kilos de base, y bueno me di contra el mueble, me di contra la puerta. Las manos no tenían fuerza porque las quebraba, me ponía las manos contra el ropero y me apretaba las manos con el ropero o me hacía dormir en el piso y me pateaba la cabeza...” (Entrevista 12)

“Me agarró la cabeza y me dio contra el volante. Ahí creía que yo me iba a morir de corazón. Me sentía una taquicardia extrema que nunca había sentido. Casi me hago encima. El grado de miedo que sentí no me lo olvido más (...) Y, bueno ta, ¿lo dejo pasar esto?, a ver qué pasa capaz que cambia. Bueno, no. Y fueron peores cosas y después fueron más golpes, y ahí empezó el tema de las denuncias. Yo lo denunciaba, le ponía medida cautelar (...) El día que yo grabé mi escena... No me mató porque no sé. Volvimos y estaba todo bien, normal. Se acostó, todo, todo bien. Y de buenas a primeras se le disparó, porque yo tenía un corpiño con el que tenía que hacer una escena. Bueno, me ahorcó, me agarró, no me dio ni tiempo, yo estaba durmiendo, pero se le disparó, me dio vuelta y me ahorcó” (Entrevista 3)

Existe una acumulación importante de investigaciones que avalan las consecuencias en la salud física y mental en las mujeres que han sido expuestas a situaciones de violencia física. Del mismo modo, Stubbs y Szoeki (2021) proponen que los efectos a la exposición

a situaciones de violencia física en la salud de las mujeres se pueden dar de forma aguda o crónica. En cuanto a los efectos agudos en la salud se encuentran lesiones a nivel físico como fracturas, lesiones cerebrales, lesiones en la piel, quemaduras y en última instancia feminicidio. En los casos de los efectos crónicos en la salud, es posible que se encuentran asociados al desarrollo de diabetes, ansiedad, depresión, trastornos alimentarios, sintomatología postraumática asociada a TEPT y trauma complejo. Por lo cual se hace necesaria la estimulación al desarrollo de intervenciones en salud mental desde una perspectiva del trauma. En esta línea es importante el desarrollo de estrategias de intervenciones que se encuentren acordes a la exposición de múltiples y prolongadas formas de violencia como es el caso de mujeres expuestas a situaciones de VBG. Teniendo en cuenta que se trata de una constelación traumática, en palabras de Li et al (2020) la evidencia sugiere que existe una relación significativa entre experiencias de maltrato en la infancia con la revictimización en la vida adulta en situaciones de VBG, por lo tanto sería pertinente incluir como factores de riesgo la experiencia de maltrato en la infancia en las evaluaciones psicológicas en las intervenciones con mujeres en situaciones de VBG.

5.2.7. Violencia Vicaria

La violencia vicaria es un concepto desarrollado por Vaccaro (2018) el cual alude a aquel tipo de violencia que el varón ejerce sobre los hijos e hijas con el fin de ocasionar daño a la mujer. En dos de los casos se pudieron constatar situaciones de Violencia vicaria donde el agresor violentaba físicamente, psicológicamente y emocionalmente al hijo de la sujeta de investigación como forma de generarle daño emocional a ella misma.

“...que había agarrado a mi hijo del cuello como lo agarró una vez... cosas de ese tipo, solo una amiga las sabía...” (Entrevista 6)

En esta situación se puede observar una doble violencia ya que se ejerce maltrato físico contra un niño y a su vez violencia vicaria contra la sujeta de investigación. La exposición de VBG a NNA es una forma de maltrato, por lo tanto los lugares que deberían ser seguros como sus propios hogares se vuelven los más peligrosos para mujeres y NNA.

5.2.8. Violencia Sexual

En las instancias donde surgieron relatos donde se manifestaba haber sido expuestas a violencia sexual, se buscó regular continuamente la expresión de los relatos para evitar caer en una re-traumatización evitando que las sujetas ahonden en detalles de lo sucedido para que lo puedan seguir trabajando en sus espacios psicoterapéuticos individuales.

En este caso, se observa la prevalencia de situaciones de violencia sexual que surgieron entre las sujetas de investigación ya que seis de doce manifestaron haber sido expuesta a este tipo de violencia durante un vínculo de pareja. Son situaciones que no se dan aisladamente, por el contrario son prácticas abusivas que se enmarcan dentro de lógicas de dominación junto a otros tipos de VBG. Queda claro que la casa de estas mujeres distaba mucho de ser un lugar seguro para ellas. Este tipo de violencia muchas veces queda naturalizado e incorporado en el deber ser de la mujer para con su pareja. Y que se potencia con la falta de capacidad en poner límites de la mujer, por ejemplo: *“Me cuesta todavía decir que no. Me da miedo que la gente se enoje o que se decepcione, o que se ponga triste, o capaz que están esperando algo que yo no puedo dar”* (Entrevista 9). Lo cual es un factor de riesgo que puede multiplicar las posibilidades de revictimización ya que las deja vulnerables ante situaciones que puedan vulnerar sus derechos.

“Él no te tocaba, ¡te violaba sí! Violarme... ¡los últimos cuatro años! (...) Pero él no me daba esa posibilidad, porque era de madrugada era cuando estabas dormida que yo pienso, eso le tiene que haberle pasado a él, era cuando estabas profundamente dormida y de la peor manera posible. Sí, siempre digo el pelo, mi pobre pelo. De hecho, me lo dejé largo, ni me lo corté ni nada, pero mira, ¡ya no tenías posibilidad! ¡Era una violación! ¡Literalmente una violación! (...) No era que tipo te decía y vos te sentías que, bueno lo tengo que hacer porque vivo bajo el mismo techo y me mantienen, no sé qué, no sé qué cuánto. No, aquello era siniestro. Aparte, lo disfrutaba. No sabía hacerlo de otra manera” (Entrevista 7)

Según Bagwell et al (2015) la violencia sexual es una expresión más dentro de la VBG, donde las parejas cometen un tercio de las agresiones sexuales, pero en la mayoría de las situaciones pasan desapercibidas debido a la naturalización de tales situaciones y por el silencio que las rodea. Es un problema grave, que ocurre dentro de los hogares, por personas en las cuales las mujeres confían y se sienten seguras, por lo cual hace que sus propias casas sigan siendo el lugar más peligroso. Esto acarrea múltiples problemas en

cuanto a la salud mental y física de las mujeres como lesiones físicas, infecciones por enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, TEPT y trauma complejo.

5.2.9. Explotación Sexual

En esta investigación se pudo constatar la presencia de una situación de explotación sexual en la cual se evidencia la cosificación del cuerpo de la participante quien es entregada como objeto de pago para los acreedores del agresor.

“(...) él los llevaba para pagar porque le debía a estos lo que había tomado. Entonces, justo vino un vecino, justo, y lo sacaron, porque él lo llevaba para que ellos anduvieron, para, para... yo era el pago” (Entrevista 12)

Junto al estudio realizado por la OMS (2018), en cuanto a las estimaciones mundiales de la violencia contra las mujeres, Sardinha et al (2022) realizaron un estudio sobre una base de datos de 366 estudios y 161 países, en el cual confirman la alta frecuencia de violencia física y sexual contra las mujeres por parte de una pareja, en la cual de una cada cuatro, mujeres de quince a cuarenta y nueve años de edad fue expuesta situaciones de VBG por una pareja, o sea que en 2018, 492 millones de mujeres fueron expuestas a situaciones de violencia física o sexual por su pareja. Por lo tanto la VBG no es solo un problema de las mujeres, como dice García Moreno et al (2015) es un problema de salud pública y de características epidémicas, para lo cual es de vital importancia hacer cumplir la legislación vigente e implementar políticas públicas junto al fortalecimiento de las instituciones. Así mismo Hing et al (2021) sostienen que los efectos de la VBG por parte de parejas y exparejas pueden perdurar toda la vida pudiendo variar de acuerdo a los tipos de violencia, su duración y gravedad. Por lo cual se pueden producir efectos negativos en las mujeres que generen secuelas a nivel mental, físico, social, económico y habitacional. Por otra parte Orke et al (2018) agregan que existen diferencias entre la exposición a VBG en una relación y la exposición a VBG con múltiples parejas donde los antecedentes de traumatización en la infancia, estilo de apego, consumo de drogas y las características de la VBG posiblemente sean factores de riesgo para la revictimización a VBG por múltiples parejas. Por lo cual es necesario además, fortalecer dentro del sistema de salud, el rol del sector de la salud mental con una mayor integración a programas de atención en salud mental a mujeres expuestas situaciones VBG.

En esta misma línea Cintora et al (2020) sostienen que la exposición a situaciones traumáticas dentro de relaciones interpersonales, puede generar efectos nocivos en la salud mental de las mujeres ya que las violencias provienen de personas en las cuales se confía. En concordancia con estos planteos Pill et al (2017) agregan que las sobrevivientes a VBG desarrollan una variedad de problemas de salud mental, referidos a sintomatología postraumática como el desarrollo de TEPT, aunque en muchos casos puede evolucionar por la exposición a múltiples situaciones traumáticas a un trauma complejo. En este sentido, es mucha la evidencia científica que avala la relación entre maltrato infantil y el desarrollo de trauma complejo, pero no se le ha dado importancia a la relación entre VBG y trauma complejo. En este caso la evidencia científica sugiere que a mayor exposición a múltiples y prolongadas formas de VBG es posible el desarrollo de trauma complejo.

Junto a estos planteos, se puede articular los aportes de la teoría del apego en el contexto de VBG, para ello Levendosky et al (2012) sostienen que la VBG ejercida por parejas o exparejas afecta a los MOI de las mujeres quedando vulnerables a la exposición de más daño, lo cual puede generar secuelas en la salud mental, ya que se trata de un trauma por traición debido a que es un fenómeno que se da dentro de relaciones interpersonales en las que hay confianza. Por otro lado, Condino et al (2020) relacionan la exposición a múltiples situaciones de maltratos en la infancia con la posibilidad de desarrollar estilos de apegos inseguros y desorganizados, junto con el desarrollo de trauma complejo. Esto se vuelve un factor predictor que potencia el riesgo a futuras experiencias de revictimización en la vida adulta.

Por lo tanto se hace necesario un mayor desarrollo de estudios e investigaciones que generen conocimiento sobre el tema y que puedan contribuir con nuevas estrategias de prevención y reparación de daño desde el paradigma de la psicotraumatología.

Tipos de violencia basada en género									
	Psicológica	Emocional	Física	Económica	Patrimonial	Vicaria	Sexual	Explotación Sexual	Ambiental
S1	X	X	X						X
S2	X	X		X					
S3	X	X	X						X
S4	X	X					X		
S5	X			X	X				X
S6	X	X	X	X		X			X
S7	X		X	X			X		
S8	X	X	X		X		X		
S9	X		X	X			X		
S10	X		X			X			X
S11	X		X				X		
S12	X	X	X	X			X	X	

Tabla 5. Tipos de VBG expresados en las entrevistas.

5.2.10. La Denuncia

Como afirma Penyarroja (2021) el paso más conflictivo dentro del proceso de salida a las situaciones VBG es la denuncia, en muchos casos desde los medios masivos de comunicación se incita a la denuncia de las situaciones de VBG pasando por alto la orientación a servicios de atención especializados en VBG. A partir del análisis de la información obtenida a través de las entrevistas surge un conjunto de obstáculos a la hora de denunciar estas situaciones que se asocian a la falta de experiencia por ser muy jóvenes al momento de los sucesos de VBG, falta de redes de contención, falta de asesoramiento, desconfianza en las instituciones que se encargan de proteger a las mujeres en situaciones de VBG, sumado a la instalación de la culpa y la vergüenza que impedían las salidas de estas situaciones. Solo tres de las doce sujetas de investigación pudieron denunciar las situaciones de violencias, fueron realizadas entre 2009 y 2019 en las cuales se desarrollaron respuestas que no pudieron cumplir con la normativa vigente a nivel policial, judicial y de servicios de atención en estos casos. Situaciones que a su vez, refuerzan la desconfianza en las instituciones que intervienen en la protección de las mujeres convirtiéndose en un ciclo vicioso que dificulta el acceso a los recursos dispuestos por el Estado a las mujeres en situaciones de VBG. En el siguiente caso, se observa una situación que surgió en el interior del país, con las dificultades que ello trae, en cuanto a recursos de respuesta y personal capacitado para responder adecuadamente ante estas situaciones. Se trata de una situación sumamente compleja, en la que decidir denunciar implica exponerse y lidiar con un sentimiento crónico de vergüenza para poder concurrir a una dependencia policial con personas que conocen a la denunciante. Esta instancia es un momento en el que se encuentran sumamente vulnerables y se requiere de una atención especializada para poder contener y sostener adecuadamente y así no incurrir en prácticas invalidantes y retraumatizantes.

“Es que acá en el interior es horrible como manejan eso, es como que es lo mismo, es como que no importa. Fui a que me tomaran la denuncia, acá nos conocemos todos por éstos lugares, lo peor que tiene, ¿no?, el que no fue alumno tuyo, fue... “Ah mi profe” te dicen... Sí, tu profe sí. Ah, bueno, tomó la denuncia el muchacho ahí, divino, precioso y después me llaman, día por medio, para ver cómo está todo, para ver si está todo bien. Al principio bárbaro, pero me llamaron día por medio la primera semana, después no me llamaron nunca más. Ahí empecé yo a llamarlos yo a ellos, porque él molestaba bastante, él no vive acá, él se había ido a vivir a un balneario, y no sé por qué se le había antojado venir acá a diario y

pasaba en una esquina, pasaba a una cuadra y claro, no podía si son 200 metros, si son 500 metros, es más de una cuadra, entonces si te estoy diciendo, como le decía al policía que está pasando. Aparte yo lloraba, atacada, era ver el auto, en que él andaba y me faltaba el aire, me pasaba de todo... Y lo llamaba, y me decía “¿qué querés que haga? no puedo andar con una piola midiendo”... me respondían eso (...). No, nada, acá no te hacen... eso fue todo... eso fue lo único que tuve... fue eso, un par de veces que fui al juzgado... para ver cómo estaba todo, que nos ordenaron pericias psiquiátricas a los dos... que la pericia de él dio un riesgo muy alto... pero tampoco nada... solamente me dijeron eso, que era una bomba de tiempo, que su resultado había sido de riesgo alto... y lo peor de todo fue que ese año me encerraron a mí, en mi casa todo el año... yo me quedé con licencia médica, no pude trabajar todo el año... yo me quedé trancada acá, mientras él trabajó durante todo el año... Porque, fue así: Él ese año eligió el mismo lugar que yo para ir a trabajar... eso fue lo que hizo el muchacho, se fue al mismo lugar que yo a trabajar. Y a mí me dio un ataque cuando me enteré... porque él no viajaba, él era director acá, él no tenía necesidad alguna de viajar, él trabajaba en x lugar. Y justo ese año elige irse al mismo lugar, donde trabajo yo hace más de diez años” (Sujeta 10)

En la siguiente situación, se puede observar que la sujeta de investigación contaba con los recursos necesarios para realizar las denuncias y sostener el desgaste mental de ese proceso. A partir del contacto de la realidad a la cual se encontraba expuesta pudo desarrollar algunas estrategias de cuidado y protección que le permitieron sobrevivir a situaciones de mucho riesgo.

“(...) Lo denunciaba, lo tenía a distancia y en algún momento volvía. ¿No? Pasaban meses y volvía a hablar con él. Ponele que el 2009 fue eso después, para que pasara otro evento. Eso fue en 2009 yo me casé en junio, julio, agosto, septiembre. Tuve otros eventos a fin de año. Y a todos los denuncié. Pero a él nunca le pasaba nada (...) La madre, me pedía que por favor no denunciara, porque si no, no iba a ver más a su hijo. Yo denuncié igual, una sola vez no denuncié porque ya realmente me cansé de él. Tenía medida cautelar, le pongo... De hecho le invitaron a irse del país en un momento y se fue a trabajar afuera, pero igual fue lo mismo cuando volvió. Igual me rondaba, ya la medida había pasado por el tiempo (...)...Bueno, yo aprendí a andar con el celular, la llave en

el bolsillo del saco y así salía de raje. Y ahí salí corriendo para la calle con la llave del auto y él tirando las cosas para afuera. Y lo fui a denunciar. Ya estaba podrida de denunciar, se me caía un huevo de ir a denunciar y denunciar y que nunca pasará nada porque él nunca fue preso. (...) Sí, iban a casa, qué sé yo, sabían quién era. De repente decían “sí, ya le conocemos, ha tenido otras denuncias”. Y, decía yo ¿nunca va a ir preso? No tenía respuestas yo, mucho más de lo que tuve. Tuve un buen abogado en su momento, que fue cuando lograron que se fuera. La medida cautelar y en ese momento tuve un buen abogado y logramos eso. Pero eso, nunca estuvo adentro. Nunca. Y ya tenía otra de la madre de su hijo. Pero, además, creo que de alguien más y con la cantidad de denuncias nunca, y zafa, zafa de cada una.” (Entrevista 3)

Por último, se agrega una situación que puede reflejar las situaciones de muchas mujeres, en la que se toma la decisión de denunciar cuando se violenta a sus hijos e hijas, son instancias en las que se ha naturalizado y minimizado las situaciones de violencias hacia ellas mismas, pero el límite es la vulneración hacia sus hijos e hijas. Es allí cuando pueden poner un límite y anteponerse ante las situaciones de vulneración a las que han sido expuestas y responden protegiéndose a sí mismas y a sus hijos e hijas.

“En realidad denuncié por un hecho puntual, cuando yo me separé, me separé en noviembre, en diciembre él apareció en la casa de mi madre, queriéndose llevar a mi hijo, lo agarró a mi hijo y se lo quiso llevar, entonces yo hice la denuncia en la seccional, en realidad porque se lo quería llevar a mi hijo.(...) Y él me amenazó que me iba a matar, que me iba a pegar tres tiros, que me iba a prender fuego la casa, entonces en realidad la denuncia fue en base a la amenaza en realidad, (...) capaz que si no hubiera pasado eso no lo hubiera denunciado. Las denuncias fueron en base a, bueno, a medidas cautelares por seis meses (...).

(...) Fue hace bastante tiempo, como hace diez años, lo que me acuerdo es que me pareció espantoso estar esperando en el juzgado y la persona ahí al lado, banco por medio y el agresor ahí al lado. Eso me pareció malísimo. En realidad

no hubo una institución involucrada, en realidad todo se hizo por abogados particulares, y ta, el juez.

(...) Sí me acuerdo cuando llamé al 911 por ejemplo, pasaron 1 hora y 45 minutos, si el tipo me hubiera querido matar en serio, no es que no lo haya querido hacer, pero me hubiera pegado un tiro, prendido fuego la casa, todas las cosas que dijo, en 1 hora y 45 minutos te puedes imaginar que hubieran pasado un montón de cosas, pero mirá si (...). Tuve que ir yo a la comisaría porque me di cuenta que habían pasado 1 hora y 45 minutos, y no vino nadie, entonces fui yo a la comisaría a hacer la denuncia personalmente.” (Entrevista 2)

En los casos que no denunciaron las razones que manifestaron fueron varias como la vergüenza, la culpa, naturalización de las situaciones, el ser muy jóvenes, el miedo y la desconfianza en las instituciones.

“Ahí yo no le conté a nadie. Porque me dio vergüenza. Creo que ni a mis amigas. Pasó como un año antes de poder contarlo a alguien, estoy casi segura que no le conté ni a mis amigas dejé pasar un tiempo antes de contarlo y en realidad hay gente que no lo sabe.” (Entrevista 1)

“Pero no, no me dieron la ayuda que yo precisaba o necesitaba. En verdad me decían que todo, todo el, o sea, me decían como que, que, que no me podía ir porque era abandono de hogar y yo le decía, pero él me dice que me mata, y yo creo que me va a matar porque yo tuve situaciones así. Y bueno, en realidad lo que ellos me decían que obviamente que era denunciarlo y que lo sacaba la policía esposado y yo no quería que mis hijos lo vieran salir esposado. Entonces por eso, no hice la denuncia, pero no tuve ni apoyo psicológico, ni apoyo jurídico de ningún tipo.” (Entrevista 12)

“¿Entonces qué voy a hacer? Voy a denunciarlo a este muchacho, y que en tres segundos voy a tenerlo acá en la puerta de mi casa. Yo como sepa que lo denuncié, lo tengo acá en la puerta y me mata, porque yo sé que me mata y entonces lo voy dejando, lo dejé quietito y bueno... que todo siga su curso. Él está tranquilo, o por lo menos eso aparenta, no me ha amenazado, no me ha gritado, no ha venido

más por acá, no me ha molestado para nada y bueno que siga así...” (Entrevista 10)

Empleando las palabras de Saavedra (2021) las causas por las cuales las mujeres no realizan denuncias varían según el tipo de violencia, en algunas situaciones puede deberse a que no se consideraba una situación de riesgo, también influye como las mujeres en situaciones de VBG pueden tener incorporadas las normas sociales que promueven la desigualdad de género y el sometimiento en relaciones desiguales de poder. Por lo cual un factor a tener en cuenta sería la normalización de violencia contra la mujer.

Hubo situaciones en las cuales, el ser profesionales de la salud mental y disponer de formación en VBG se transformó en una limitante en el momento de tomar la decisión para acceder a servicios de atención especializada y realizar la denuncia, ya que les obturaba dar ese paso. Las situaciones de VBG también pueden presentarse en técnicas que trabajan en los dispositivos de atención de las diferentes instituciones estatales, por lo tanto, se hace necesaria la formación y generación de estrategias de cuidados de equipos para prevenir las situaciones de VBG en todas las instituciones intervinientes en VBG.

“¡Violencia física no hubo nunca, jamás! Él no te tocaba, digo ¡te violaba sí! Violarme.... ¡los últimos cuatro años! Física no, porque ellos manejan mucho (...) yo digo ellos porque son como una comunidad y no te marcan porque pierden económicamente. O sea, ellos lo que le tenía terror era a lo económico y yo le tenía terror era a mi carrera o sea había una, un doble juego, él tenía miedo a perder económicamente y él sabía, porque era muy buen manipulador en su enfermedad porque estaba muy enfermo, de que yo no lo iba a ir a denunciar, me conocían todos... me conocen todos los oficiales, suboficiales lo que sea de la seccional de (...) Porque una psicóloga, para mí una psicóloga que iba a denunciar, este... tenía que ir a denunciar violencia sexual, es como que era un ambiente de hombres, porque vos ahora tenes femeninas por todos lados. Ahora sí sé que existe la comisaría de la mujer, o sea, yo voy acompañó a las víctimas” (Entrevista 7)

“El haber tenido formación en cuestiones de género también fue un factor de riesgo porque yo creí que había un montón de cosas que a mí no me iban a pasar. (...) Y cuando quise acordar ya estaba con el agua hasta acá [se pone las manos

en el cuello], hasta el cuello. Metida en un vínculo muy destructivo, bueno, aparte de que hubo engaños, mentiras, manipulación, hacerme sentir a mi culpable de todo lo que pasaba, desvalorizar todo lo que yo hiciera, todo el tiempo intentando alejarme de mis redes, que yo creo que son lo que me salvó, que yo no...esto... que mi vida siempre estuvo entre amigas y amigos (...). No, no porque ya te digo, yo sabía que estaba transitando por situaciones de violencia y violencia basada en género. Pero era como, bueno, yo trabajo del otro lado del mostrador y eso terminó siendo un factor de riesgo, yo lo pongo en esos términos ¿no? El creer que tener formación o saber de algunas cosas te protegen pero en mi caso no funcionó así.” (Entrevista 4)

Por este motivo es vital el compromiso a nivel estatal para el desarrollo de estrategias que permitan proteger a muchas técnicas y funcionarias de diferentes instituciones para generar las condiciones de seguridad y cuidado suficientes como para poder pedir ayuda en caso de situaciones de VBG.

En todas las situaciones se podría encontrar similitudes en las formas a las que fueron respondiendo al haber transitado por múltiples situaciones de VBG, dentro de ciclos de violencia interminables. En las cuales en las primeras etapas aguantaban y toleraban las situaciones de VBG con la creencia del cambio en el comportamiento violento del agresor, justificando y minimizando las situaciones de violencia e idealizando el vínculo con el agresor. Al pasar el tiempo y no ver un cambio por parte del agresor comienzan a tomar contacto de otra forma con la realidad a la que han sido expuestas y a desarrollar estrategias de salida.

5.2.11. Proceso de salida de las situaciones de violencia

Como señala Penyarroja (2021) la salida de las situaciones de VBG es muy compleja y comprende un conjunto de decisiones por parte de las mujeres que han sido expuestas y la toma de conciencia de las situaciones por las cuales están atravesando. En los relatos de esta investigación, los procesos de salida de las situaciones de VBG fueron muy disímiles entre todas las sujetas de investigación, hecho que podría responder a los diferentes contextos y edades en las que se fueron dando las situaciones de VBG. En este sentido, se dieron situaciones donde se buscó la estrategia de salida de forma cautelosa, con mucha planificación en la cual se buscaba cuidar el vínculo padre-hijo por ejemplo,

relegándose a un segundo lugar, naturalizando las violencias a las que fueron expuestas, en otros se dispuso de recursos para contratar abogados particulares y continuar la separación por vías legales, en algunos casos se pidió ayuda a amigas y familiares cercanos y en algunos casos el aislamiento –junto a las historias de maltrato en la infancia hizo tal efecto que prácticamente solo contaban con el apoyo psicoterapéutico. Hubo casos que la salida de las situaciones de VBG se realizó en soledad y pudieron contarlo tiempo después, en otros pudieron generar redes apoyo y contención emocional con amigas y familiares.

“En realidad, de hecho no me gusta contarle a la gente lo que me pasa. De hecho cuando yo me separé de mi primer ex, le conté muchas cosas que habían pasado en este tiempo a mi madre, que mi madre no las sabía Y se enojó mucho por no saberlas y cuando yo me fui a vivir con este segundo novio, ella me dijo, “vos sos mucho de guardarte las cosas, no te las guardés, si te pasa algo contame y yo te ayudo”, pero no, me las guardo, no le hice caso (...) Todavía estoy aprendiendo en realidad, todavía lo estoy tratando de llevar a cabo. Es como que siento que no quiero molestar al otro, que no quiero preocupar al otro, entonces prefiero como quedarme las cosas yo y ver si la puedo resolver. Ya ahí cuando estoy con la soga al cuello que no puedo ahí, sí, como que lo hablo, sino me cuesta mucho.”

(Entrevista 9)

En sintonía con Olsen et al (2019) las situaciones de salidas de las sujetas de investigación, se dieron de acuerdo a las propias historias de vida y las capacidades de cada una, de tal forma que las estrategias de salida se pueden ordenar en torno a dos posiciones. La primera se va desarrollando en contra de sus sentimientos y creencias, muchas veces sustentadas en base al amor romántico, pudiendo salir de ese vínculo luego de años de violencia, en los cuales toleró, perdonó y justificó dando miles de oportunidades para que el agresor cambie sus conductas. Y sin embargo, las situaciones de violencias se mantuvieron. En algunas de estas situaciones, la salida surge debido a que sus hijos también fueron expuestos a situaciones de VBG y eso las motivo a alejarse del agresor. Son instancias donde la naturalización de las violencias juega un papel importante, ya que enlentecen el proceso de salida, debido a la percepción de una realidad distorsionada que se potencia con las defensas de evitación de la realidad y la idealización del agresor y el vínculo con el mismo. Desde el punto de vista de Porges (2017), a partir de la teoría polivagal, en estas situaciones, la neurocepción se encuentra deteriorada,

siendo difícil distinguir cuando una situación es peligrosa y cuando es segura, por lo cual, se activan simultáneamente los mismos sistemas que respondieron en su infancias cuando eran expuestas a situaciones de maltrato: el sistema de apego con el yo lo quiero y el sistema de defensa con el me da miedo.

En los siguientes párrafos se muestra un ejemplo de salida de una situación de VBG en una relación de mucho tiempo, en el cual se pudo gestionar una red de ayuda y contención para poder salir de su casa. Es una situación en la que se observa la complejidad de las dinámicas de VBG, en las cuales los estereotipos de género influyen en la generación de relaciones desiguales de poder. A su vez, se destaca la generación de capacidades para salir de esos contextos, en los cuales cada logro es una batalla ganada a la adversidad.

Bueno, estuve treinta años viviendo con él. Y cuando mi hija tendría ocho años. Tomé la decisión un día de que yo me quería separar. Le dije y él me dijo que no. Que no se iba a separar y yo le dije que entonces me iba. Y él me dijo que si yo me iba, me mataba. Entonces yo empecé a juntar plata, a no poner más plata en la casa. Hasta que un día me di cuenta que me podía ir. Fui a una de estas instituciones ahí en el Buceo. Pero no me ayudaron. Busqué ayuda, no la tuve. (...) Fui varias veces y no me ayudaban. Me decían que como que todo era, que yo tenía todas las de perder. (...) Hace once que... estamos en el veintidós, en el 2011. Y la verdad que no me dieron ningún apoyo ni nada. Fui a una abogada particular. Porque en realidad yo me quería ir, él había empezado a tomar de nuevo, otra vez a pegarme. Entonces, lo que me dijo la abogada fue, bueno, “no le avises. Hace todo callada. Y le avisas el día anterior a irte”. Yo, en ese momento con nosotros vivía mi hijo varón. Y mi nena chica. Entonces, mi hijo varón se quiso quedar con él. Que hoy me arrepiento, pero ta. Y mi hija chica quiso venir conmigo. A las grandes no le dije nada, porque había tenido un episodio anterior. Y no me creyeron. Entonces, en realidad no les dije. (...)

Bueno, él se entera que yo me mudo, porque no lo creía, el día anterior, cuando yo armé la valija de mi nena. Al otro día mis compañeras y compañeros de Liceo me ayudan, en realidad lo que yo me llevé fue la cama de mi hija, la ropa de mi hija, un bolsito mío y un colchón. Así empecé yo y alquilé un apartamento en la zona porque mi hija iba al colegio en la zona. Bueno, y empecé de cero, pero la felicidad que tenía ahí era impresionante. (...)

Y vino un día que yo estaba sola. Y entró, que todavía digo ¿cómo entró? Y me golpea la puerta. Y le digo ¿qué haces acá? Y me dice: “Bueno ya hace un mes, ya te sacaste las ganas de esta locura”. Porque él me llegó a internar a una clínica psiquiátrica, dos veces. Con el psiquiatra mío. Porque él dice que yo era depresiva y que ta, entonces él (...) Y mis hijas grandes también creyeron, que era un estado de depresión, que yo me iba a ir y que al mes iba a volver. Entonces yo ahí, lo miré y le dije: "yo me fui para no volver nunca más". Y bueno, me separé. Y nunca más volví con él. (Entrevista 12)

La segunda posición se va desarrollando en etapas donde hay múltiples intentos de separación y en cada regreso van visibilizando las situaciones de VBG y no hay posibilidades de cambio en el agresor, lo que motiva a la separación definitiva.

En el siguiente relato se puede observar que no cuenta con muchas redes de apoyo o contención. Además, como expresa la literatura científica sobre el tema, la exposición a situaciones de malos tratos en las infancias –como es el caso de esta sujeta de investigación– puede tener consecuencias en la vida adulta. En este caso, se podría vincular la falta de competencias parentales en las figuras de cuidado primarias con que no se generen las competencias necesarias para hacer frente a los diferentes desafíos que puedan surgir a lo largo de la infancia y de las siguientes etapas de la vida. En la opinión de Barudy (2013) a partir de los avances en las neurociencias se ha demostrado la importancia de las relaciones afectivas y de los buenos tratos en la conservación y promoción de la salud mental de NNA, lo cual promueve la constitución biológica de las neuro redes necesarias para el desarrollo cerebral, es decir, las bases necesarias para vincularnos con nosotros mismos y con los demás.

“Bueno, mi tía, es una amiga de mi mamá, es como una mamá para mí, con cabeza fría podía ver y decirme y sostener. Y en todo esto trataba de que mi vieja no se enterara, porque la única vez que se enteró de algo le vino un ataque. Ella fue la que me escuchaba. Se sintió mal del corazón y se sintió mal entonces. Pero en sí, todo esto no lo sabe ni tiene por qué. Mi tía fue un gran apoyo y alguna amiga que sabía, pero básicamente mi tía. Y bueno, si yo tengo un camino espiritual y mi iglesia sí, sí sabían y si acompañaban desde el lado espiritual y el apoyo, y me acuerdo que yo no trabajaba, pero me dijeron vení a hacer tarea. Yo todavía no

trabajaba y decían venir a hacer tarea. Entonces yo me sentía tan bien que iba, barría y eso me hacía re bien. Me sacaba un poco de eso y me refugiaba ahí y de barrer y hacer esto, fui subiendo en las necesidades también porque se necesitaba alguien más y me pusieron y me hizo. Me cambió absolutamente, porque además me sentía en un lugar muy seguro, que en definitiva él supo dónde era y todo esto nunca se atrevió a ir mucho más allá. (...)

(...) No es normal. Pareces como si estuvieras en una Matrix, en otra cosa, en otro programa de videojuego. Bueno, es este programa de videojuegos es esto y vos te ves ahí y decís. Claro, ahora yo digo ¿por qué no salís? ¿Cómo hubiera sido más fácil? ¡No, no era fácil! ¡No sabía cómo salir! No era tan fácil. Primero, porque le tenía muchísimo miedo. Muchísimo miedo. Como ya veía que con la policía, no sé, no pasaba nada. Tenía miedo de dejar la vieja, a mi vieja sola, porque en definitiva, ella estaba sola. No estaba mi padrastro entonces, no sé muchos miedos tenía. (...)

Es que me daba vergüenza de decir. Algunos, sí, sabían muy poco. Más mis hermanas de la iglesia, o sea, de mi camino sí sabían, pero no podían interferir. O sea, ellos estaban, pero no interferían más de lo que... ¿me entendés? Y nadie me decía vos tenes que hacer esto. Solo me acompañaban, a ver, está bien, me llamaban, me escribían. Si no contestaba, me seguían insistiendo, estaban. Porque además una hermana de la iglesia y de camino espiritual era madre de adictos. Entonces ella sí estaba en un programa de amor exigente y era parte. Entonces me fue acompañando desde ese lugar. De hecho, en algún momento me refugio en su casa porque me acuerdo que yo había salido y sentí que me estaba persiguiendo y yo no quería volver a casa. Justamente para evitar un problema a mi mamá y yo me refugié varios días en la casa. Ella es abogada además, tenía otra contención. Ahí estaba bien. Yo sentía que ahí, por ahí iba y el terapeuta este que habíamos sido de ser libre también, que sabía cómo era más o menos.”
(Entrevista 3)

Se trata de una situación sumamente compleja en la cual no hubo intervenciones de equipos especializados en VBG, seguramente sea el reflejo de muchas situaciones de VBG que no han llegado a la red de atención. El aislamiento es una de las características de este fenómeno, es la estrategia que utilizan los agresores para que la mujer no cuente con redes de apoyo y facilite de este modo potenciar el control sobre ella. A su vez, se

articula con la propia historia de la mujer, en la cual la prevalencia de antecedentes de VBG en la familia de origen y situaciones de maltrato en la infancia promueven una especie de aislamiento interno, en la cual internalizan sus emociones y se les dificulta pedir ayuda.

Estas instancias se vieron complejizadas por la dependencia emocional que muchas de las sujetas de investigación habían desarrollado debido a sus propias historias de maltrato en la infancia donde crecieron con falta de contención emocional y la sensación de vacío que eso implica.

“Y bueno, cuando logré separarme de ahí, en la que me metí en seguida, porque tan siquiera me tomé un tiempo y es como dice el dicho: De Guatemala a Guatepeor (...) yo que sé, más en la necesidad esa que siempre tengo de que no sé estar sola y de que me agarro de lo primero que tengo enfrente. Y de ir tolerando...” (Entrevista 10)

Estos planteos están en consonancia con los aportes desarrollados a partir del modelo explicativo de las teorías del apego ya que se pudo observar en los relatos de las sujetas de investigación la posible relación que existe entre la exposición a diferentes formas de maltrato en las infancias y adolescencias con la exposición a situaciones de VBG en la vida adulta. En esta misma línea Romero y Álvarez (2015) sostienen que muchas mujeres que han sido expuestas a experiencias de maltrato en sus infancias y adolescencias, pueden incorporar modelos de apego inseguros que llevan a desarrollar dependencia emocional en sus vínculos sentimentales.

“Si, con la primer pareja sobre todo, porque muchas veces intenté, me iba a estar con otra persona o me iba o esto y siempre volvía y era como no, no, esto no tiene fin” (Entrevista 11)

Quizás esto se debe a un posible déficit en la sensación de seguridad y confianza consigo mismas lo cual las deja en una posición de vulnerabilidad en su búsqueda de encontrar protección y seguridad en sus vínculos. En algunas situaciones las salidas del hogar familiar se dieron en la adolescencia, como una forma de salida y escape de situaciones de maltrato y abuso sexual generados por las figuras de cuidados que debían generar protección y seguridad.

”Entonces, me fui de mi casa cuando tenía diecisiete, me junté con esta pareja y me fui. Para mí en ese momento fue como una salvación. Porque yo sentía que la única violencia que había tenido hasta el momento era esa que había vivido, bueno obviamente, después me embaracé chica, a los dieciocho, vivía otros tipos de violencia que me doy cuenta ahora de señora grande. En ese momento no me daba cuenta.” (Entrevista 6)

A través de los relatos se observa el estado emocional y mental en el que se encontraban por haber transitado realidades sumamente traumáticas y como tuvieron la capacidad de desarrollar estrategias para salir de esos contextos. Como se ha podido observar muchos de los relatos mantienen cierta desorganización, lo cual es una característica de lo traumático de esas vivencias, aun habiendo pasado años de esos eventos. Sin dudas que todas las sujetas de investigación son un ejemplo de resiliencia por haber sobrevivido a experiencias traumáticas por largos períodos de tiempo en muchos casos sin redes de apoyo. En concordancia con Mera y Moreira (2018) plantean que las mujeres que han sobrevivido a la VBG, son mujeres que han podido afrontar situaciones que llevaron al límite sus capacidades y pudieron afrontar cada una, con sus propias herramientas, las situaciones de VBG, superando toda adversidad y volverse un ejemplo para otras mujeres que se encuentran en este tipo de situaciones.

Por lo tanto, en esta etapa se pudo visibilizar en los relatos de las sujetas de investigación los efectos que produjo el tránsito por infancias y adolescencias donde sus figuras de cuidados respondieron de forma incoherente e impredecible. En las cuales las mismas figuras de cuidado que debían de propiciar entornos de protección, contención, seguridad y validación eran las que generaban miedo, inseguridad, desconfianza y terror. El desarrollo de estilos de apego inseguros y desorganizados, acompañado muchas veces con un trastorno del apego, posiblemente ocasionó que muchas de las sujetas de investigación generen dependencia emocional hacia sus parejas y miedo al abandono, lo cual las deja vulnerables a ser revictimizadas dentro de relaciones interpersonales con varones. Estos aportes van en consonancia con los estudios realizados por Richards et al (2017) y Sen et al (2019) los cuales sostienen que existe una relación significativa entre antecedentes de maltrato en la infancia con la posibilidad de ser expuestas a situaciones VBG por pareja o expareja en la vida adulta.

5.3. Trauma

En este apartado se pudo indagar sobre los efectos de la exposición a las situaciones de maltrato en las infancias y en las situaciones de VBG en la vida adulta. Para tal fin se realiza una articulación entre los contenidos que surgieron entre las entrevistas, el cuestionario ITQ y el cuestionario DES. Dentro de la entrevista se toma la información que surge en cómo manifestaban las sujetas de investigación les habían afectado las situaciones de VBG a ellas y a sus seres queridos, información que se complementará con los datos que surjan de la sintomatología postraumática del cuestionario ITQ y de los síntomas disociativos que puedan surgir a través del cuestionario DES.

A través de las expresiones de las sujetas de investigación surge como desarrollaron estrategias de regulación emocional con respuestas sustitutivas que con el tiempo se volvieron desadaptativas, para lo cual recurrieron al sexo compulsivo, drogas, alcohol, junto con conductas autolesivas, conductas de riesgo e IAE. En concordancia a los aportes de la teoría polivagal en varios relatos también surgió la congelación como última respuesta de su SNA al miedo y la disociación como forma de protección ante situaciones traumáticas, estrategia que se fue desarrollando como la última instancia de protección mental resultando en una forma de escapar cuando no hay escape.

Para poder evaluar las consecuencias traumáticas se propone la categoría diagnóstica de TEPT y Trauma complejo.

5.3.1. Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT)

Por medio de una revisión exhaustiva de todo el material recabado se realizó el análisis de la información obtenida en cada instancia de encuentro con las sujetas de investigación teniendo en cuenta la categoría diagnóstica de TEPT. De este modo será importante hallar dentro de las entrevistas la diferente sintomatología de este trastorno como que se puede dividir en cuatro grupos taxonómicos:

Intrusión: imágenes, pensamientos, palabras, taquicardia, sueños, ansiedad. Se necesita al menos un criterio para el diagnóstico de TEPT.

Evitación: no sale de la casa, evita hablar del tema, cambia el recorrido de sus traslados, reducción para expresar emociones. Se necesitan tres criterios para el diagnóstico de TEPT.

Alteraciones negativas cognitivas del estado de ánimo: dificultades para confiar, incapacidad en recordar parte o todo el suceso, percepción distorsionada del suceso, miedo, culpa, disminución del interés. Se necesitan dos criterios para el diagnóstico de TEPT.

Alteración del sentido de alerta: sobresaltos, falta de concentración, dificultad para dormir, ira, irritabilidad. Se necesitan tres criterios para el diagnóstico de TEPT.

Para realizar este análisis se realizan cinco tablas, una por cada grupo de síntomas y una última tabla con los resultados en los que se acerca a una posible conceptualización de TEPT.

5.3.1.1. *Síntomas de Intrusión:*

Como se muestra en la tabla las imágenes intrusivas es el síntoma que más se observó en los relatos de las sujetas de investigación junto a las pesadillas, en esta misma línea Ogden (2011) sostiene que las personas que han sido expuestas a situaciones traumáticas pueden ser inundadas con fragmentos no integrados de recuerdos traumáticos con imágenes y pensamientos que aparecen de forma inconsciente. Estas intrusiones surgen debido a la respuesta del SNS de hiperactivación la cual a su vez, viene acompañada de fragmentos mnémicos no integrados que surgen en forma de pesadillas y flashbacks. Por lo cual, en la rememoración traumática se revive la experiencia produciendo sensaciones subjetivas de miedo y de terror como si las situaciones de violencia estuvieran ocurriendo en el aquí y ahora.

“(...) como me dijiste, flashback, así en imágenes y eso, seguramente lo elaboraba en sueños con pesadillas, porque dormir era horrible, a las tres de la mañana, cuatro de la mañana que coincidía más o menos. Era una cosa que me despertaba con unas palpitaciones y una sudoración que era impresionante, sí, eso sí. (...)”

(...) ¡En la mañana! Se ve que algo que pasa en la noche que yo siento que dormí. ¡En la mañana! Por eso el llanto que yo lo corto hace dos años, que deje de llorar, es en la mañana. ¡Es desamparo! Yo me despierto de mañana y siento inquietud, angustia y desamparo. ¡Como si me hubiera pasado algo! Es como si

me hubiese pasado algo, hasta que veo el sol, veo los perros, veo la casa, veo que esta todo en orden y yo vuelvo a la normalidad.

(...) Pero es así, matemático, es de mañana, de tarde no me pasa, voy a trabajar y estoy chocha, vuelvo de trabajar y estoy chocha, llega la noche me pongo a mirar las estrellas, me apronto el mate, me hago la cena, me voy a la casa de una amiga en la moto, es la mañana. Es algo que pasó en la noche, generalmente es por temporadas, ahora que está por llegar el otoño, en el verano no fue tanto, ahora que está llegando el otoño que hay esos cambios, viste que se viene el frío. Empieza esa inquietud interna. ¡Como que algo se avecina! Como que algo que yo intuyera que me va a pasar. Se me pasa en seguida, cuando entro en contacto con la realidad.

Hoy me pasó de mañana, hoy me desperté de mañana inquieta, a las seis y media e inmediatamente dije o me quedo y si me quedo me torturo, si me llego a intentar dormir de vuelta es como, que empieza, es como una cosa, que no es un sueño es un duerme vela ahí. Entonces me tiro de la cama, me levanto y está todo bien, me apronto el mate, como galletitas al agua, ya veo las plantas, la realidad ya me trae de vuelta que estoy en el aquí y ahora. Me situo de vuelta donde estoy”.

(Entrevista 7)

Tal como lo expresa Knipe (2019) la característica del trauma es la falla en la forma de procesar esa información por lo que el recuerdo traumático se almacena de modo disfuncional. Esto significa que la experiencia se revive como si estuviera sucediendo el suceso traumático aquí y ahora. Dentro de este marco explicativo el almacenamiento disfuncional de los recuerdos traumáticos es parte de un problema en la integración de los recuerdos a las redes de memoria por lo cual la experiencia queda atorada disfuncionalmente con las mismas características con las cuales se vivió, por eso el trauma es atemporal y conserva las mismas sensaciones de perturbación que en el pasado.

TEPT Intrusión					
	Imágenes	Pensamientos	Ansiedad	Pesadillas	Flashback
S1	X		X	X	
S2	X			X	
S3	X		X	X	
S4	X	X	X		
S5	X				
S6	X			X	X
S7	X				X
S8	X				
S9	X			X	X
S10	X				
S11	X			X	X
S12	X		X	X	

Tabla 6. Síntomas de intrusión.

5.3.1.2. Síntomas de Evitación:

En esta tabla se agrupan todos los síntomas que se relacionan con la evitación persistente de todos los estímulos asociados a los sucesos traumáticos en los cuales se destacan el evitar hablar del tema y la reducción de la expresión emocional como las formas de evitación más presentes en los relatos de las sujetas de investigación.

“Sí. Desconecto y evito. Soy evitativa. Desconecto y evito. Lugares hoy en día no, evitar lugares hoy en día no, situaciones, situaciones... sí... sigo evitando situaciones. (...) Un cuatro, [el cuatro significa “extremadamente” en el cuestionario ITQ] antes estaba en la misma un cuatro, hay cosas que las mantengo, ir a [nombre de la ciudad] por ejemplo, todavía, no te olvides que yo no he tenido casi contacto, la gente te lo recuerda, la gente te lo refuerza. La gente nos veía como un matrimonio idílico, la gente idealizaba la relación, porque yo para el afuera, yo no mostraba nada, él no me iba a empezar a gritar delante de la gente, acordate que era un «gentleman»” (Entrevista 7)

La evitación funciona como una defensa psíquica haciendo que las mujeres pongan su energía en otras tareas y pensamiento con el fin de distraerse y no contactar con lo ocurrido. En palabras de Herman (1997) se produce una alternancia entre la sintomatología intrusiva y la de evitación, produciendo una dialéctica del trauma quitándole el significado real de las situaciones traumáticas junto a la distorsión de la realidad. Otro síntoma evitativo es la reducción de la expresión emocional, con expresiones de anestesia emocional y síntomas depresivos.

“Y bueno en esas situaciones como en las parejas que han sido violentas, yo era como, que no puedo salir de esto, hacía de cuenta que no eso no pasa (...). Sí, sí, mucho tiempo. A veces me pasa ahora, pero poco. Bueno lo puedo asociar un poco a cuestiones del sistema y la vida que uno tiene, que a veces estás como enchufada, pero por mucho tiempo sí. De decir sobre todo cuando estaba con la segunda pareja que fueron muchos años viviendo juntos. Me acuerdo de como yo estaba siempre encerrada, lo único que hacía era ese salir a veces, para hacer algún mandado. (...) Y bueno y con X en depresión. A mí me generó como un desgaste emocional. Decir no puedo hacer nada, caí, comencé un pozo depresivo, debí estar desequilibrada en ese momento cuando a mi él me saturaba por los celos y esa cosa tóxica, yo perdía el control y me ponía a romper cosas, a gritar, a arrancarme los pelos”. (Entrevista 11)

Empleando las palabras de Weiss et al. (2019) los síntomas evitativos son importantes a la hora de mantener el TEPT, ya sea los síntomas internos como evitar pensamientos, emociones, imágenes o externas al evitar personas, lugares, conversaciones que se refieran a los sucesos traumáticos. En este sentido, a mayor nivel de evitación como medio de afrontamiento, mayor será la gravedad del TEPT. Dentro del contexto de situaciones de VBG Schackner et al (2021) apoyándose en la teoría del estrés como medio de evaluar las respuestas de afrontamiento de las personas ante situaciones estresantes, realizan un estudio en el cual relacionan las reacciones sociales negativas ante las develaciones de mujeres expuestas a VBG y los síntomas de evitación de TEPT como forma de manejar los sentimientos negativos, como ser vergüenza, culpa y traición producto de la propia exposición a situaciones de VBG y de las reacciones negativas. Esto podría llevar a las mujeres a alejarse cada vez más de sus redes de apoyo inhibiendo la capacidad de búsqueda de ayuda, lo cual afecta acceder a los recursos que generen estrategias de afrontamiento adaptativos.

TEPT Evitación						
	No sale de la casa	Cambio de recorridos y lugares	Evitar hablar del tema	Reducción de expresión emocional	Aislamiento social	Pensamientos
S1						
S2		X			X	
S3			X		X	
S4		X		X		
S5						X
S6			X	X		X
S7		X				
S8			X	X		
S9			X	X	X	X
S10	X	X		X		
S11	X		X			X
S12			X	X		X

Tabla 7. Síntomas de evitación.

5.3.1.3. Síntomas de alteraciones cognitivas y del estado de ánimo:

La exposición a situaciones traumatizantes como las situaciones de VBG deja sus efectos negativos a corto y mediano plazo. Bajo este esquema Weiss et al (2019) sostienen que la mayoría de las mujeres que han sido expuestas a situaciones de VBG pueden desarrollar TEPT. En el desarrollo de las entrevistas se observaron expresiones que refieren al cuadro de sintomatología de las alteraciones cognitivas negativas y del estado de ánimo, entre las cuales, por ejemplo, se presenta la falta de confianza

“Me cuesta mucho confiar hasta en que tengo más allegadas de confianza. No sé, no confío en contar cosas. Capaz que pienso que si cuento algo después lo va ir a comentar con otra persona. Como que me persigo o me hago cabeza con eso. Como que me cuesta confiar en que las cosas sea confidencial. Capaz que algo que le cuente a una amiga o algo, bueno, me cuesta confiar de que no se lo vaya

a decir a nadie. Le tengo que repetir cuarenta veces, pero no digas nada...”
(Entrevista 8)

También se encuentran sintomatología que afecta a la memoria produciendo amnesia de los sucesos traumáticos: *“no me acuerdo ¿Qué me pasaba? Sí, yo no tenía recuerdos de eso”* (Entrevista 1). Lo que también puede llevar una percepción confusa del suceso.

“(…) Me acuerdo de tener un novio que era... no era una relación segura de pareja. Yo no sentía... era que me sentía segura con él. Era como divertido y todo. Pero él era, era confuso” (Entrevista 8)

La literatura científica hace referencia a como la exposición a situaciones traumáticas podría afectar neurofisiológicamente a las mujeres, impactando en los procesos de memoria y cognitivos. Por otra parte, el sentimiento de culpa y la sensación de indefensión están presentes. Tal como lo expresan Ehlers y Clark (2000) en el TEPT se pueden generar las respuestas emocionales que producen alteraciones a nivel cognitivo que abarcan varias áreas como ser las relativas a la valoración del peligro que llevan a la sensación de miedo constante donde ningún lugar es seguro, y más cuando las situaciones de VBG sucedieron dentro del propio hogar, o sea, su lugar más seguro. También las valoraciones respecto de la responsabilidad del evento llevan a la culpa, se suman aquellas valoraciones relacionadas a la transgresión de códigos morales internos que llevan a la vergüenza, las valoraciones que tienen que ver con la vulneración de reglas personales y la injusticia por otros lleva al enojo y la ira. Por lo tanto la mayoría de las personas con TEPT experimentan sensaciones negativas sumadas a ansiedad y depresión.

La amnesia es otro síntoma que se asocia a la dificultad en la recuperación consciente de los eventos traumáticos. Por su parte Troisi y Nunzinate (2021) proponen que el sentimiento de vergüenza en las mujeres que han sido expuestas a VBG se asocia a la sensación de indefensión y al trato como objeto vinculado a la constante desvalorización por parte de su pareja o ex pareja. A ello, se le suma el sentimiento de culpa por responsabilizarse de las conductas del agresor, a través de ella buscan encontrar la causa de la situación. Se entra en un estado de rumiación culpógena que busca el por qué, con expresiones como, por qué a mí, por qué no me di cuenta antes, por qué no les hice caso. Es el castigo interno que potencia los sentimientos de ira y desprecio a sí mismas que prevalecen por un tiempo y llevan a desconfiar de los demás por miedo a ser vulneradas nuevamente.

TEPT Alteraciones Negativas cognitivas y del estado de ánimo							
	Dificultades para Confiar	Amnesia	Miedo	Culpa	Percepción distorsionada del suceso	Indefensión	Reducción del interés
S1		X				X	
S2			X	X		X	
S3		X	X			X	
S4		X				X	
S5							
S6	X	X		X		X	
S7	X			X		X	
S8	X	X	X	X	X	X	
S9	X		X	X		X	
S10		X	X	X		X	
S11	X		X	X	X	X	
S12			X	X		X	

Tabla 8. Síntomas que se engloban dentro de las alteraciones cognitivas negativas y del estado de ánimo.

5.3.1.4. *Síntomas de la Alteración de la Alerta y la Reactividad:*

Dentro de la sintomatología de TEPT se encuentra la alteración de la alerta mediante un estado de hiperactividad fisiológica del SNS, el cual genera que el sistema de alerta quede permanentemente en funcionamiento, por eso quedan atentas a cualquier señal de amenaza lo que repercute en problemas para mantener el sueño, ansiedad, ataques de pánico. A partir lo observado en las respuestas al cuestionario ITQ, el estado de hiper alerta se pudo observar dentro de los criterios para la valoración de la sensación de la amenaza desarrollado en lo ítems P5 *Estar súper alerta, vigilante o en guardia* y P6 *Sentirse sobresaltada o asustarse fácilmente*, en los que se dieron puntuaciones muy altas dando a entender como habían afectado su estado de alerta, por las condiciones que se

encontraban emocionalmente en esos momentos que transcurrieron las situaciones de VBG.

“Sí con el sueño sí, claro, rumiación mental, ahora recuperé el sueño, sí. Con el sueño y con la pérdida del apetito cuando me separé (...) Porque no podía dormir, me despertaba. Yo lo único que recuerdo, no podía dormir de verdad no podía dormir. No pude dormir durante muchísimo tiempo, tengo que haber tenido muchas pesadillas, dormía horrible...” (Entrevista 7)

Existe una amplia investigación acerca de los efectos de la exposición a la VBG y la pérdida del sueño, esto se debe a la alta tasa de generación de cortisol en el torrente sanguíneo que genera cambios en el ciclo circadiano alterando ciclo del sueño.

El estado de hiperalerta es el resultado a la exposición de muchas situaciones traumáticas, en palabras de Herzog et al (2018) el trauma acumulativo lleva a la reactividad del SNA, donde persisten sesgos de atención debido a exposición constante a situaciones de VBG, lo cual deja el sistema del miedo con la amígdala hiperactiva ante cualquier estímulo.

TEPT Alteración importante de la alerta y la reactividad					
	Híper alerta	Sobresalto ante estímulos neutros	Dificultad para dormir	Ira	Irritabilidad
S1	X	X	X		
S2	X	X	X		
S3	X	X	X		
S4	X	X	X	X	
S5	X	X			
S6	X	X	X	X	X
S7		X	X		
S8		X			
S9		X			X
S10	X	X	X		X
S11	X	X	X		X
S12	X	X	X		

Tabla 9. Síntomas de la alteración de la alerta y la reactividad.

Siguiendo con el análisis de los efectos postraumáticos, se observa la prevalencia de TEPT en 10 de 12 sujetas de investigación, lo cual coincide con los planteos de Aguirre et al (2010) quienes sostienen que el TEPT es el trastorno postraumático más frecuente en mujeres expuestas a VBG. Cabe aclarar que una dificultad a tener presente en esta instancia es que las situaciones traumáticas tienen una antigüedad considerable por lo cual para muchas sujetas de investigación les resultó difícil contactar con las consecuencias psicológicas de aquel entonces. En la opinión de Gallegos et al (2020) la exposición a situaciones de VBG se encuentra asociada a comorbilidades perjudiciales para la salud mental en la cual se incluye el desarrollo de TEPT. Cuya sintomatología refleja deficiencias en la capacidad regulatoria de las emociones, en la atención y en la regulación del estrés. Cabe agregar que la incidencia del TEPT puede alterar el desarrollo de las competencias parentales en las madres expuestas a situaciones de VBG. En palabras de Boeckel et al (2017) la exposición a situaciones de VBG hace que la disponibilidad emocional se encuentre comprometida, lo cual afecta el vínculo madre-hijo/a. Por lo tanto, en los hogares donde existe VBG queda afectada la capacidad de interpretar las necesidades de NNA lo cual se puede asociar a la posibilidad de generar apegos inseguros y desorganizados.

En cuanto a las recomendaciones sobre los tratamientos más efectivos en TEPT, tal como lo expresa Stewart et al (2016) en base a varias revisiones sistemáticas sugieren que los mejores tratamientos para TEPT son aquellos modelos terapéuticos basados en la evidencia que abordan el problema con intervenciones centradas en el trauma como EMDR, TCC centrada en el trauma –en adelante Terapia Cognitiva Conductual– y la terapia de exposición narrativa. En esta línea, Mosquera y Knipe (2017) y Schwartz et al (2020) recomiendan la utilización de EMDR¹⁰ en mujeres que han sido expuestas a situaciones de VBG por su eficacia comprobada en el abordaje de la sintomatología TEPT, con mejoras significativas en la disminución de las tasas de ansiedad, depresión y sintomatología postraumática y un mejor funcionamiento general producto de un

¹⁰ Al trabajar con mujeres que han sido expuestas a eventos traumáticos como la violencia basada en género, los modelos orientados al abordaje del trauma como la Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares o EMDR (por sus siglas en inglés eyes movement desensitization and reprocessing) desarrollado por Francine Shapiro en 1987 son especialmente indicados. EMDR (2019) comenzó como un modelo psicoterapéutico específico para trabajar con pacientes con TEPT ofreciendo un tratamiento alternativo evitando las estrategias de exposición a tareas que generen montos de ansiedad elevados utilizados por otros modelos psicoterapéuticos. Por lo cual ayudaría a las personas a integrar conceptualizaciones internas más positivas y adaptativas al presente junto a la desensibilización y reprocesamiento del evento traumático incorporando información nueva y habilidades de afrontamiento.

progreso acelerado en menor tiempo respecto de las intervenciones terapéuticas en comparación a otros modelos psicoterapéuticos.

TEPT					
	Intrusión	Evitación	Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo	Alteraciones importantes de la alerta y reactividad	
S1	X		X	X	
S2	X	X	X	X	TEPT
S3	X	X	X	X	TEPT
S4	X	X	X	X	TEPT
S5	X				
S6	X	X	X	X	TEPT
S7	X	X	X	X	TEPT
S8	X	X	X	X	TEPT
S9	X	X	X	X	TEPT
S10	X	X	X	X	TEPT
S11	X	X	X	X	TEPT
S12	X	X	X	X	TEPT

Tabla 10. Prevalencia de TEPT

5.3.2. Trauma complejo

Luego de mucha discusión a nivel científico, se ha podido incluir el criterio diagnóstico del trauma complejo (o TEPT C, DESNOS o Trauma del desarrollo) en el CIE 11 teniendo en cuenta la conceptualización original de Herman (1992) como una forma de describir las características psico somáticas de los y las sobrevivientes de múltiples y prolongadas situaciones traumáticas, de las cuales es difícil salir. Este cuadro sintomatológico afecta a las personas generando sufrimiento y alteraciones en diferentes aspectos de su vida como la personal, familiar, educativa, social y laboral.

De acuerdo a los aportes de Ho et al (2021) dentro de la nomenclatura diagnóstica de trauma complejo se incluyen todos los criterios de TEPT más tres grupos de criterios adicionales que se relacionan con la alteración en las emociones, alteración en las relaciones y la alteración en el concepto de sí mismo. Estos tres grupos se agrupan dentro de lo que sería la alteración en la auto organización –en adelante AAO–. Para Maercker et al (2013) la alteración emocional hace referencia a la dificultad en el reconocimiento y manejo de las emociones, la cual se expresa a través de una mayor reactivación emocional (hiperactivación) o una falta de contacto con las mismas, acompañado de síntomas disociativos (hipoactivación). El segundo grupo, se refiere a las expresiones relacionadas al funcionamiento relacional, en la cual se manifiesta por medio de dificultades en el acercamiento hacia los demás, con comportamientos que tienden a evitar el contacto social o por el contrario experimentar relaciones cercanas e intensas que les cuestan sostener en el tiempo. En el último grupo se concentran todas las creencias negativas que las personas se generan a sí mismas, con sentimientos de culpa, vergüenza y fracaso y que se reflejan en un auto concepto disminuido.

Para complementar la información que surgía de las entrevistas respecto a la sintomatología postraumática se utilizó el cuestionario ITQ el cual según Cloitre et al (2018) es una medida con validación internacional que confirma la confiabilidad de sus propiedades psicométricas en sus puntuaciones. Se trata de un instrumento que se utiliza para evaluar TEPT y trauma complejo. A su vez, se utilizó la escala de Experiencias Disociativas DES para recabar información sobre expresiones asociadas a sintomatología disociativa.

Como forma de organizar la información, se estructuró de acuerdo a los criterios diagnósticos de trauma complejo: alteración en la regulación de los impulsos afectivos, alteración en la atención y la conciencia, alteración de la autopercepción, alteración de la

percepción del agresor, alteración en las relaciones con los demás, somatizaciones y alteración en el sistema de significados.

5.3.2.1. Alteración en la regulación de los impulsos afectivos

De acuerdo con los aportes de Clauss y Clements (2021) sostienen que el reconocimiento de las emociones es vital para generar interacción social, basándose en diferentes investigaciones sugieren que la exposición a situaciones traumáticas como el caso de mujeres que son expuestas a situaciones de VBG, pueden desarrollar alteraciones a nivel emocional que afecten la capacidad de reconocer las emociones e inhibir la atención hacia estímulos amenazantes, lo cual es un factor de riesgo que puede aumentar la probabilidad de permanecer o regresar con el agresor.

Es importante destacar la importancia que tiene la teoría del apego, en cuanto a los aportes que refieren al desarrollo de estrategias de regulación emocional y en como cada estilo de apego responde ante situaciones de desborde emocional. En sintonía con estos postulados González (2019) afirma que las emociones tienen un papel importante en cuanto a las causas en la dificultad de procesar determinados recuerdos, debido a que la emoción potencia la consolidación de los recuerdos por medio de elaboración de hormonas del estrés como la adrenalina y el cortisol. Esta misma autora entiende el trauma relacional como aquellas experiencias a las que son expuestos NNA a emociones desbordantes sin ningún tipo de contención, o sea, en una soledad que genera una sensación de vacío y abandono emocional.

Las sujetas de investigación que desarrollaron un estilo de apego evitativo por crecer dentro de un hogar en el cual sus figuras de cuidado no sintonizaban con sus necesidades emocionales generaron estrategias en las cuales se regulaban solas, tendiendo al aislamiento cuando se sentían mal: *“Tengo un problema con las cosas que me pasan siempre son para adentro, si estoy molesta estoy incomoda, paso muchos días así”* (Entrevista 6). En aquellas situaciones que desarrollaron un estilo de apego ambivalente, aprendieron a regularse en función del otro, por lo cual, desarrollan un sistema de relacionamiento en base a una dependencia emocional con las parejas que se vinculan.

“(...) tengo muchísimo miedo al abandono, es una cosa que me desespera, de hecho eso, por ejemplo, mi primer ex, yo había en un punto que ya no lo quería amorosamente, pero quería que estuviera ahí, me cuesta dejar ir a la gente, en

parte eso, por qué tolero tantas cosas. Porque no quiero desapegarme de nada”
(Entrevista 9).

En palabras de Momeñe et al (2021) la dependencia emocional es un factor que limita a las mujeres alejarse de los agresores, ya que se relacionan en base a un estado de necesidades emocionales insatisfechas que pretenden ser contempladas de forma desadaptativa a través de las relaciones de pareja. En estas situaciones se suele manifestar una sensación de vacío emocional junto con un sentimiento de incompletud derivado también de la socialización a través del amor romántico. En los casos donde se desarrolla un estilo de apego desorganizado, el cual se relaciona con la disociación se notarán cambios entre la búsqueda de contacto y la activación del sistema de defensa en situaciones de intimidad.

Dentro de este criterio, los ítems que más se destacan en los relatos es la desregulación emocional, la dificultad en la regulación del enojo: *“Sí, claro... A la confrontación, al enojo... hoy por hoy estoy aprendiendo a respetar el tiempo del otro...”* (Entrevista 10). Cabe agregar, que en un estado de desregulación emocional, la depresión y desesperanza posiblemente están presentes y se puede dar la aparición ideas de muerte, en estos casos surgieron expresiones como: *“Era tipo quiero dormir ocho meses y despertarme después con la sensación de que ahora ya pasó”* (Entrevista 11).

En algunas entrevistas surgieron manifestaciones de conductas de riesgo los trastornos alimenticios: *“tengo atracones cuando estoy muy ansiosa, y luego me siento culpable y no como por mucho rato”* (Entrevista 9). Las conductas de riesgo surgen como respuestas sustitutivas para compensar los estados de perturbación emocional, debido a la falta de estrategias adaptativas de regulación emocional. Además en situaciones traumáticas se suele recurrir a la anestesia emocional, se trata de la respuesta que se utilizó en esos momentos de estrés como una reacción postraumática para no contactar con el dolor y desconectarse de esa realidad: *“Eso es uno de mis sistemas de defensa, por eso no tuve la reacción”* (Entrevista 7).

En palabras de Muñoz et al (2021) la exposición a múltiples situaciones traumáticas asociadas a VBG genera mayor dificultad de recuperación y produce alteración en la regulación emocional. Debido a la falta de capacidades en la gestión de los estados emocionales se incurre en el desarrollo de estrategias desadaptativas para llegar un estado homeostático. Entre estas estrategias se destacan la supresión o anesteciamiento

emocional, evitación y rumiación junto al empobrecimiento emocional y distanciamiento emocional en cuanto a los vínculos.

TEPT C							
Alteraciones en la regulación de los impulsos							
	Dificultad en la regulación del afecto	Dificultad en la modulación del enojo	Ideas de muerte	IAE	Autolesiones	Sexualidad compulsiva o inhibida	Conductas de riesgo
S1	X	X					X
S2	X	X					
S3	X	X	X				X
S4	X	X					
S5							
S6	X	X	X	X		X	
S7	X	X	X			X	X
S8	X	X					X
S9	X		X		X	X	X
S10	X	X	X	X	X		
S11	X	X	X	X	X	X	X
S12	X		X				X

Tabla 11. Síntomas referentes a las alteraciones en la regulación de los impulsos.

5.3.2.2. Alteración en la atención y la conciencia

En este grupo de síntomas se destaca la prevalencia de amnesia, no solo la referente a algunos eventos traumáticos sino también a partes de sus vidas: *“tengo momentos de mi infancia borrados totalmente. Que no, como que, no sé, como que no existieron, como que, no sé qué pasó. Como que se me se me borró el disco duro”* (Entrevista 10). En este caso se trata de amnesia disociativa que en palabras de Cuesta et al (2021) es un fenómeno que surge dentro de trastornos disociativos, que hace que se dificulte recuperar información autobiográfica, la cual generalmente es causada por eventos traumáticos. A través de diversas investigaciones realizadas con neuroimagen en FMRI (por sus siglas en inglés Functional Magnetic Resonance Imaging), PET (por sus siglas en inglés

Positron Emission Tomography) en los que se ha podido observar en casos de personas con amnesia disociativa la presencia de alteraciones en las estructuras cerebrales de lóbulos temporales con la participación del hipocampo y la amígdala junto a áreas talámicas e hipotalámicas. En sintonía con estos planteos Staniloiu et al (2012) afirman que en las personas que padecen de memoria disociativa se produce una falta de sincronización entre los procesos de acceso a la información que lleva a la desconexión o bloqueo en aquellas redes neuronales encargadas de la recuperación de la memoria episódica.

También surge en este grupo episodios disociativos de diversa índoles que fueron observados en el cuestionario DES como en la pregunta 1): “Algunas personas tienen la experiencia de conducir o viajar en coche, en autobús o en el metro y repentinamente se dan cuenta de que no recuerdan lo que pasó durante parte o todo el viaje” (E. Carlson & Putnam, 1993, p. 26). Donde hubo experiencias del tipo “*no recuerdo lo que hice manejando la moto*” (Entrevista 6), siendo la disociación la respuesta que su sistema nervioso desarrolla, la cual surge como una respuesta adaptativa a los eventos traumatizantes, cuando no han podido elaborarse estrategias jerárquicamente más adecuadas como luchar o huir. En palabras de Steele et al (2018) la disociación es una respuesta que surge en la infancia dentro de contextos de relaciones interpersonales con figuras de cuidados impredecibles e incoherentes en el despliegue de competencias parentales.

Dentro de los síntomas disociativos que surgieron en los relatos de las sujetas de investigación, la despersonalización es la que más se visibiliza. Se trata de un síntoma disociativo que comprende la experiencia de verse a sí mismas de diferentes ángulos y formas como respuesta a situaciones traumáticas.

“A veces me pasa en situaciones cotidianas y en situaciones complicada, si me siento sola, o si estoy discutiendo con alguien, si estoy afectada” (Entrevista 9).

“me pasa en situaciones cotidianas de verme a mí” (Entrevista 11).

Es importante destacar que este tipo de respuesta disociativa para que logre ser activada en situaciones cotidianas, quiere decir que existía un contexto en el cual se reprodujo en múltiples ocasiones, por largos períodos de tiempo, de tal forma que se transformó en una respuesta desadaptativa a eventos neutros. Equivale decir que estas mujeres estuvieron

expuestas a múltiples y prolongadas situaciones traumáticas que generaron que la despersonalización sea la respuesta a cualquier situación estresante.

TEPT C					
Alteraciones en la atención o conciencia					
	Amnesia	Episodios Disociativos	Despersonalización	Desrealización	Revivir Experiencias
S1	X		X		X
S2					
S3	X	X			
S4		X			
S5					
S6	X	X	X		X
S7	X	X	X	X	X
S8	X	X			
S9	X	X	X		X
S10	X	X			
S11		X	X		X
S12	X	X			X

Tabla 12. Síntomas referentes a las alteraciones en la atención o conciencia.

5.3.2.3. Alteraciones de la autopercepción

Al explorar las diferentes expresiones que hacían referencia a la autopercepción, fueron surgiendo diferentes expresiones sintomáticas que refieren a la indefensión, daño psíquico, culpa y auto concepto negativo como las manifestaciones que más prevalecen en las entrevistas y cuestionarios.

En este estudio se parte en definir a la indefensión a partir del modelo explicativo desarrollado por Herman (1997) quien sostiene que no es acertado el concepto de indefensión aprendida desarrollado por Seligman (1975) y Walker (2012) ya que posicionan a la mujer como pasiva ante las situaciones de VBG, en cambio plantea que

la indefensión es una respuesta psicológica desarrollada por niñas, adolescentes y mujeres que han sido expuestas a múltiples eventos traumáticos en contextos de violencia interpersonal en las que no tenían la posibilidad de escapar, por lo que han deteriorado sus sistemas de respuestas de lucha y huida. El objetivo principal del agresor es causar terror deteriorando la seguridad emocional de la mujer para destruir el sentido del yo, inhibiendo la capacidad de agencia personal. En esta misma línea Perry (2016) sostiene que la exposición al miedo de forma prolongada puede hacer que se inhiban las regiones corticales más complejas afectando los mecanismos de respuesta al estrés, como en los casos estudiados la mayoría tiene historias de maltrato que posiblemente han condicionado el sistema de respuesta al estrés generando respuestas del tipo vagal dorsal protegiéndose del dolor a través de la anestesia y disociación.

Los efectos de la exposición a trauma acumulativo a través de la exposición de las diferentes formas de VBG, sobre todo la violencia psicológica y emocional deterioran la percepción de sí mismas, inhibiendo la capacidad de desarrollar respuestas de salida a la situación. Generando un estado de indefensión, en la que se siente que se encuentran en una situación que no hay salida.

“Era horrible, porque es horrible pensarte desde esa forma. O sea, porque entiendo que una persona con un montón de recursos que estaba transitando una situación que me hacía sentir que no los tenía y actuar como tal, pero que no merecía eso, entonces entraba en esta rosca de sentirlo y no querer sentirlo. Y tipo... ¿cómo salgo de acá?” (Entrevista 4)

Las mujeres sufren un importante daño estructural en la percepción de sí mismas, en la cual su autoestima se encuentra deteriorada e invadida por sentimientos de culpa y vergüenza. En esta línea Romero y Álvarez (2015) postulan que la culpa y la vergüenza son emociones que se refieren a la concepción de sí mismas, en donde la culpa se vincula negativamente a lo que “yo hago” y la vergüenza afecta al “yo soy”. Por lo tanto la culpa expresa la visión negativa de los actos de las mujeres que generalmente se vuelve castigadora de sí misma con preguntas del tipo ¿Por qué? ¿Por qué aguanté? ¿Por qué permití? Y la vergüenza se asocia a un sentimiento de no ser como las demás, de inferioridad respecto a un otro. Sentimientos que posiblemente ya vienen incorporados por haber transitado en sus infancias por situaciones de malos tratos, en las cuales las figuras de cuidados no se hicieron cargo de sus acciones, depositando la responsabilidad en las niñas quienes adoptan esa culpa como forma de mantener el vínculo.

“Yo pensaba como que era todo mi culpa ¿viste? Como que, como que esas cosas, esas situaciones, las generaba yo, porque ya me había pasado. Yo pensaba que era mi culpa.” (Entrevista 8)

“Si, siempre hasta ahora. Lo que ahora pasa es que ahora soy consciente de que no soy culpable, pero lo que pasa es lo que uno piensa y otra es lo que siente. Entonces yo digo, no soy culpable, pero en realidad mi sentir es de ser culpable. Porque es algo que nos ha señalado históricamente, si le pegaron es porque algo hizo. Escuchar a la pareja de mi hermana, por ejemplo, decir “la mujer que no quiere, no le pegan”. Y yo pensando, entonces ¿yo quise que me pasara todo esto? Y capaz que una parte mía si...” (Entrevista 11)

Una de las consecuencias de la violencia psicológica y emocional es degradar la autoestima de la mujer, como forma de sometimiento y control, por lo cual las expresiones de auto concepto negativo aparecen en la mayoría de las sujetas de investigación.

“Que yo sola no iba a poder salir adelante, que yo sola, no me iba a poder mantener, que yo sola no iba a poder sobrevivir a nada. Estuve convencida mucho tiempo de eso, estuve segura prácticamente de que no... de que no iba a poder mantener cuanto quiera un mes” (Entrevista 10)

“Que era una estúpida básicamente, me preguntaba todo el tiempo a mí misma ¿por qué? ¡Por qué no estaba pudiendo salir de ahí! Me desvalorizaba todo el tiempo. ¿Cómo puede ser que te pase esto a vos? Desde ese lugar bien critico conmigo misma. Y hubo un momento en el que yo dije, bueno, ya está ¡esto va a ser así para siempre! Como desde la resignación...” (Entrevista 4)

En el cuestionario ITQ dentro de los ítems que refieren a al auto concepto negativo se encuentran el “C3 Me siento fracasada”: *“Totalmente una fracasada, convencida de que no servía para nada”* (Entrevista 10). Y “C4 Me siento inútil”: *“en aquel entonces extremadamente inútil”* (Entrevista 6). En los dos ítems se dieron puntuaciones muy altas dando a entender la magnitud del daño que sufrieron a nivel de la autoestima.

Desde el punto de vista de Lutwak (2018) las mujeres que han sido expuestas a situaciones de VBG por períodos prolongados de tiempo afecta su salud mental y física llevando a un deterioro acumulativo que lleva a la generación de depresión, ansiedad, IAE y consumo de sustancias. Además se ven comprometidas las áreas de AAO, como

ser la desregulación emocional, relacional y de la autopercepción. En los casos de trauma crónico las sobrevivientes a VBG sufren de una autopercepción empobrecida, con sentimientos de estigma e impotencia.

TEPT C					
Alteraciones en la propia percepción					
	Indefensión	Daño psíquico	Culpa	Vergüenza	Auto concepto Negativo
S1	X				X
S2			X		X
S3	X	X			X
S4		X			X
S5					
S6	X	X	X		X
S7	X	X	X	X	X
S8	X	X	X		X
S9	X	X	X		X
S10	X	X	X		X
S11	X	X	X		X
S12	X	X	X		X

Tabla 13. Síntomas referentes a las alteraciones en la propia percepción.

5.3.2.4. Alteración en la percepción del agresor

Siguiendo los planteos de Herman (1992) en este conjunto se encuentran los criterios relacionados con preocupación por la relación con el agresor, atribuciones poco realistas del poder del agresor, idealización del agresor, percepción de relación especial y aceptación del sistema de creencias del agresor. Desde el punto de vista de Correa et al (2019) las mujeres que han sido expuestas a situaciones de VBG pueden desarrollar estrategias de sobrevivencia desadaptativas para poder tener la sensación de control, las cuales poco a poco van llevando a un estado de pasividad y sometimiento.

Dentro de este cuadro de síntomas se encuentra, por ejemplo, adoptar creencias distorsionadas respecto del poder del agresor, estas creencias se basan en otorgarles cualidades que potencian la figura del agresor, dándoles más poder del que posee en realidad,

“Este es violento, este es malo... yo sé que este es capaz de hacer cualquier maldad, ya me lo demostró, además yo sé que es malo, yo sé que si lo denuncio, que si voy por las malas con él, es capaz de patear la puerta y entrar. Por más de que tenga una restricción, a él no le importa, él la viola la restricción para venir acá y matarme igual. No tiene ese problema, no le va a importar, porque van a tener que venir seis para agarrarlo y sacarlo porque no van a poder con él... entonces no...” (Entrevista 10)

En cuanto a las expresiones que hacían alusión a la sensación de relación especial con el agresor, se manifiestan a través de la idealización del vínculo en el cual se depositan características y expectativas que no son reales. En las entrevistas surgieron relatos como los que se detallan a continuación:

“Ahí yo empecé esta nueva relación, feliz, contenta, me sentí como que tenía, no sé... quince, veinte de nuevo...” (Entrevista 10)

En estas situaciones se puede observar el desarrollo de un pensamiento mágico que lleva a pensar en la fantasía de cambio del agresor. Para Mosquera (2021) la idealización es una defensa psicológica que puede impedir la capacidad de comprender la naturaleza real de la relación, impidiendo visualizar las señales de peligro que ese vínculo puede ocasionar.

“Por ejemplo, uno era ex adicto, entonces yo tenía esa cosa de, bueno, él ha sido así. Nunca había podido tener pareja, tenía cuarenta y dos años y nunca había podido tener una pareja, esos es indicador de que ta...Pero, yo tenía esa cosa de, bueno, pero conmigo sí las cosas van a ser diferente ¿no? La fantasía esa, que creo que compartimos muchas mujeres que vivimos situaciones de violencia” (Entrevista 11)

En situaciones de vínculos traumáticos en las que se intercalan las experiencias de terror y de acercamiento, se activan continuamente los sistemas de acercamiento y de defensa, en estos casos al decir de Herman (1997) la mujer puede estar aterrada por el agresor y

en otras situaciones depender emocionalmente de él, por lo cual suele suceder que las mujeres incorporen el sistema de creencias del agresor debido a que estos varones llenaron un vacío emocional en mujeres donde probablemente haya sido la primera vez que alguien las ha hecho sentir queridas, validadas, tenidas en cuenta, por lo cual distorsionan este acto utilizando la idealización.

“Me fue aislando, me fui vistiendo de negro. Sí, era como... mi madre ya no me conocía...mi madre un día se puso a llorar. Ella se puso a llorar, porque yo ya no tomaba más mate... había perdido todas las costumbres que tenemos los latinos, los uruguayos que nos hacen.” (Entrevista 7)

La idealización surge como una defensa que impide contactar con la realidad aumentando las características positivas del agresor y del vínculo. Defensas que en muchos casos ya se utilizaban en la infancia, minimizando los malos tratos e idealizando infancias felices como una forma de evitar el dolor emocional.

“Si, si. Como esa, como que la única situación era estar ahí como resistiendo ¿viste? Porque en algún momento íbamos a ser una pareja feliz” (Entrevista 8)

En palabras de Knipe (2019) la idealización es una forma de protección frente al recuerdo consciente de situaciones perturbadoras, en la cual se genera una imagen positiva exacerbada del agresor, que muchas veces es rígida al cambio impidiendo tener acceso a la experiencia traumática, transformándose en una respuesta evitativa respecto al dolor.

“Si me acuerdo con mi primer novio, que me pasaba que él era divino, pero era una persona que tenía muchos problemas con él, con el tema de su hermana, estaba como muy lastimado, él no era violento, o sea, él era, no sé cómo decirlo, cómo ponerlo en palabras, él era como, no te maltrataba pero como, ibas a la casa y no te prestaba atención, como que te, no sé cómo decirlo, vos arreglabas para ir a la casa a tomar mate y el tipo tenía la puerta cerrada, y (...) me ignoraba. Porque es violencia que te ignoren, me di cuenta, mucho tiempo después. La madre divina, me decía “ay, no le hagas caso”. Si, tuve tres años en que me cerraba la puerta, nunca lo había pensado, no me había dado cuenta.” (Entrevista 2)

Estos patrones de respuesta impiden incorporar estrategias de salida de estas situaciones, generalmente hay múltiples intentos frustrados de separación que se complejizan aún más con la dependencia emocional.

“Si, todo el tiempo, todo el tiempo sabía que me tenía que separar pero siempre por h o por b terminaba enroscada, durante mucho tiempo lo que decía y me decía era eee que teníamos muy buen sexo, que es la excusa por excelencia, y no esto de no voy a poder tener el sexo que tengo con él con nadie, y bueno nos vemos solo para tener sexo y ta. Y eso era mentira, me mentía a mí, le mentía a mis amigas, le mentía a él porque ta...pasábamos un montón de tiempo sin vernos, nos veíamos para tener sexo y después siempre por algún que otro motivo yo terminaba enganchada.” (Entrevista 4)

La exposición a múltiples formas de VBG prolongadas por largos períodos de tiempo provoca graves daños en la salud mental de las mujeres. En relación a la problemática propuesta Lahav (2022) propone que se produce una identificación con el agresor en el cual las mujeres expuestas a situaciones de VBG pierden la conexión con sus propias necesidades y sentido de agencia, incorporando los del agresor. Es una estrategia defensiva que utilizan para sintonizar con la experiencia interna del agresor como forma de protegerse para anticiparse a las reacciones violentas. En sintonía con estos aportes Mosquera (2021) sostiene que la exposición a maltrato infantil puede fortalecer el desarrollo de estrategias de relacionamiento patológico exponiéndose a situaciones de revictimización en la vida adulta. Por lo cual se desarrolla la idealización como una manera de mantener disfuncionalmente los vínculos afectivos, en las cuales la misma persona a la que se quiere es la misma a la que se le tiene miedo. Por lo cual se genera una imagen distorsionada del agresor donde se potencia las características positivas y se minimizan las negativas.

TEPT C						
Alteraciones en la percepción del agresor						
	Adoptar creencias distorsionadas	Idealización	Preocupación por la relación con el agresor	Sensación de relación especial	Aceptación del sistema de creencias del agresor	Dependencia Emocional
S1			X			
S2						
S3	X	X		X		
S4		X			X	
S5						
S6			X			
S7		X	X		X	
S8		X		X	X	
S9			X			X
S10	X	X		X		X
S11			X	X		X
S12		X				

Tabla 14. Síntomas referentes a la alteración sobre la percepción del agresor.

5.3.2.5. Alteraciones en las relaciones con los demás

Una de las características del trauma complejo es la desregulación relacional, en este caso la neurobiología ofrece un marco conceptual para su mayor comprensión. En palabras de Porges (2017) el SNA¹¹ reacciona ante situaciones de peligro de tres formas bien diferenciadas, en las que se activa el SNP¹² mediante su rama vagal ventral, con la respuesta de conexión social, en la cual nos sentimos seguros con los demás, aquí se desarrolla la ventana de tolerancia en la cual el SNA se encuentra en equilibrio. En caso de que la respuesta anterior no pueda activarse, se dispara las respuestas del SNS¹³ con las respuestas de lucha y huida. Como último recurso, cuando todas las demás respuestas fallaron se activa el SNP con su rama vagal dorsal, con la respuesta de congelación y disociación. La exposición a trauma acumulativo puede hacer que la ventana de tolerancia

¹¹ Sistema Nervioso Autónomo

¹² Sistema Nervioso Parasimpático

¹³ Sistema Nervioso Simpático

se reduzca notoriamente, dejando a las personas expuestas a reacciones de tipo hiperactivación o de hipoactivación. En muchos casos se irán intercambiando estas respuestas o activándose simultáneamente. Este autor refiere a que las personas quedan tan vulnerables que su sistema nervioso no puede diferenciar si una situación es peligrosa o segura, por lo cual reaccionan exageradamente ante estímulos neutros, lo cual hace difícil relacionarse con los demás. Ya que prolifera un estado en que las emociones controlan a las personas no pudiendo acceder a las partes más complejas del córtex cerebral.

En cuanto a los criterios establecidos para determinar alteraciones en las relaciones con los demás, se toman en cuenta tres aspectos fundamentales: la inhabilidad para confiar y sentir intimidad, fallos repetidos en la autoprotección, revictimización y victimización a otros. En los relatos de las sujetas de investigación surgió la dificultad que tenían en relacionarse con los demás.

“Me costaba relacionarme con los demás, de chica con las cosas de la casa y las imposiciones de mi madre no tenía tiempo más allá del espacio de estudio, bueno, luego crecí y fui madre y fui creciendo y no me vinculaba, luego con compañeros de trabajo si pero no algo más profundo” (Entrevista 6)

A su vez, cuando se aplicó el cuestionario ITQ se pudo observar que en los criterios destinados a la evaluación de la alteración en las relaciones compuestos por los ítems "C5 Me siento distante o aislada de la gente" y "C6 Me resulta difícil estar emocionalmente cercana a la gente", se obtuvieron respuestas bastante altas que hacen referencia a las dificultades que tenían para relacionarse con otras personas en los momentos en que estaban pasando por situaciones de VBG.

Respecto a la revictimización, es un factor importante, teniendo en cuenta que el desarrollo de estilos de apego inseguros y desorganizados, acompañado muchas veces con un trastorno del apego, posiblemente generó que muchas de las sujetas de investigación desarrollara dependencia emocional hacia sus parejas y miedo al abandono, lo cual las deja vulnerables a ser revictimizadas dentro de relaciones interpersonales con varones.

“Si las tres relaciones como más importantes, fueron violentas. Esas tres de distinta manera pero sí.” (Entrevista 11)

La alteración en las relaciones es una de las características principales del trauma complejo, la exposición a múltiples situaciones traumatizantes en el contexto de relaciones interpersonales puede generar secuelas importantes en el self y en la forma de relacionarse ya que el daño proviene de personas a las que se les tuvo confianza. Dicho de otro modo, Dana (2019) expresa que la exposición a trauma acumulativo en los que no hubo espacio a la generación de homeostasis, impacta en la forma de relacionamiento con los demás ya que el estado de alerta sostenido en el tiempo cambia los patrones de conexión social por los de protección.

TEPT C					
Alteraciones en las relaciones con los demás					
	Desconfianza	Revictimización	Victimización	Dificultades en conectarse emocionalmente	Distante de los demás
S1					
S2	X			X	X
S3		X		X	X
S4		X		X	X
S5					X
S6	X	X		X	X
S7	X	X		X	X
S8	X	X		X	X
S9	X	X		X	X
S10		X		X	X
S11	X	X		X	X
S12		X			X

Tabla 15. Síntomas referentes a las alteraciones en las relaciones con los demás.

5.3.2.6. Somatizaciones

En este estudio resultó ser una limitante no poder acceder mediante las entrevistas a que manifiesten las diferentes expresiones somáticas relacionadas a la exposición a situaciones traumáticas como problemas digestivos, dolores crónicos, dolores sin

explicaciones médicas. Por lo cual, en solo una de las entrevistas surgió dentro de la narrativa situaciones de crisis de conversión. Según González (2021) se trata de un trastorno relacionado a la teoría de la disociación, con síntomas de alteración sensorio motora que causan malestar y deterioro funcional. Los síntomas sensoriales refiere a la pérdida de alguna percepción o por el contrario la sensación de mucho dolor en alguna parte del cuerpo. Los síntomas motores aluden a diferentes desordenes a nivel de la motricidad afectando la coordinación de los movimientos.

“Sí, me empecé a desmayar, seguidísimo, que hace mucho que no me pasaba. Me desmayé como tres veces seguidas. La última vez que me desmayé fue en febrero, me desmaye, vomité (...). Ahora, lo último, que nunca me había pasado, que lo estuvimos hablando con mi terapeuta, fue eso, crisis de conversión, que ni siquiera sabía lo que eran. Fue lo último que me pasó hace un mes, mes y poco, por ejemplo, cuando el cuerpo llegó hasta eso, cuando el cuerpo me grita, ya está (...). Hasta que empecé a quedar rígida, ahí cuando te dije que el médico me decía que era una crisis de conversión lo que hice. Que me asusté muchísimo, me intente parar y no pude. Estaba rígida, no me respondían los miembros, tenía las manos rígidas, me había quedado todo un lado de la cara rígido, las piernas, y ta. Me asuste muchísimo, ahí en ese momento y justo venía de episodios donde estaban tensas las cosas entre nosotros, muy tensas” (Entrevista 10)

En palabras de González (2021) a partir de la teoría del trauma, explica que la exposición a situaciones traumáticas es clave en la posibilidad de desarrollar trastornos somatomorfos o conversivos. La exposición a situaciones estresantes puede hacer que el cuerpo se exprese somatizando de muchas formas, como problemas cardíacos, respiratorios, estomacales, alergias, dolor crónico. También surgen diferentes somatizaciones a través de dolores en el cuerpo que no encuentran explicaciones médicas.

TEPT C Somatizaciones						
	Aparato Digestivo	Dolor Crónico	Síntomas Cardiopulmonares	Síntomas de Conversión	Dolores sin explicación médica	Ataques de Pánico
S1						
S2						
S3						
S4						
S5						
S6						X
S7						
S8					X	X
S9						
S10				X		X
S11						X
S12						X

Tabla 16. Síntomas referentes a las somatizaciones.

5.3.2.7. Alteraciones en los sistemas de significados

Dentro de este grupo de criterios predominó el sentido de culpa y responsabilización que ya se observó en la evaluación de TEPT.

TEPT C			
Alteraciones en el sistema de significado			
	Desesperanza	Perdida de la fé	Culpabilización
S1			
S2			
S3			
S4	X		X
S5			
S6			
S7			
S8			
S9	X		
S10			X
S11			
S12			X

Tabla 17. Síntomas referentes a las alteraciones en el sistema de significados.

En definitiva, se ha podido observar en las mujeres que participaron en esta investigación como sujetas de investigación, las consecuencias del impacto que ha generado la exposición a situaciones de VBG por parte de sus exparejas. En las cuales se ha podido explorar la sintomatología postraumática, observándose expresiones de TEPT y trauma complejo. En este último caso, es una categoría diagnóstica que no se tiene en cuenta en las evaluaciones diagnósticas en casos de mujeres expuestas a situaciones de VBG, por ser un criterio que aún no se ha incluido en la última versión del DSM. Por lo cual, generalmente se cataloga como TEPT, invisibilizando la expresión postraumática que sufren muchas mujeres que han sido expuestas a situaciones de VBG a lo largo de su vida. Ya que es una categoría diagnóstica que no abarca toda la sintomatología postraumática que sufren muchísimas mujeres en situaciones de VBG.

Posicionarse desde una perspectiva del trauma a partir de los aportes de la Psicotraumatología permite observar expresiones del cuerpo y de la mente que pueden pasar desapercibidos desde otros paradigmas. En este caso se puede observar que aquellas sujetas de investigación que cumplían con la sintomatología de TEPT y que además cuentan con alteraciones a nivel emocional, relacional, en la atención y de la percepción de sí mismas podría decirse que sufrieron de trauma complejo en los momentos en los cuales fueron expuestas a situaciones de VBG. Estos aportes vienen en sintonía con los resultados de investigaciones realizadas por Dokkedahl et al (2021) quienes sugieren que la exposición de niñas y adolescentes a trauma acumulativo en la infancia es un factor de riesgo que las puede exponer a condiciones en las que vuelvan a ser revictimizadas en la adultez a través de VBG por pareja o expareja, a su vez, se encontró que la exposición a violencia psicológica es un factor de riesgo como predictor de desarrollo de trauma complejo aun mayor que la exposición a violencia física.

6. Conclusiones y Recomendaciones

A través de la articulación de la información proveniente de las entrevistas en profundidad –complementando con la aplicación del cuestionario ITQ y DES–, fue posible obtener un panorama de las situaciones traumatizantes a las que fueron expuestas las sujetas de investigación.

Este estudio se desarrolló dentro de un marco y un contexto concreto, en el que se conjugaron varias determinantes como, por ejemplo, que el investigador es un varón. Por lo cual el posicionamiento desde una perspectiva de género, derechos humanos y desde las masculinidades resultó de vital importancia para poder tener una posición empática y de escucha activa ante relatos que expresaban mucho dolor y sufrimiento. Para ello, se tuvo que desarrollar un rapport que generara seguridad emocional en las sujetas de investigación que les habilitara contar sus historias ante una persona que no conocen y que es un varón al igual que sus agresores.

Otro aspecto importante del proceso tiene que ver con la relación del tiempo en los cuales sucedieron las situaciones de VBG, ya que varias experiencias se dieron hace mucho tiempo, por lo cual resultó difícil recordar algunos eventos, qué sintieron y darse cuenta de los efectos de esas violencias en ellas mismas y sus entornos más cercanos, por lo tanto cada sujeta de investigación narró lo que pudo expresar en esos momentos, quedando lo no dicho también como una expresión de cómo percibían esas violencias.

Por último, dentro de las sujetas de investigación, no han sido parte de este estudio mujeres afrodescendientes, trans ni inmigrantes, lo cual resulta en una limitación en cuanto a analizar desde una perspectiva interseccional cómo impactan las violencias en esos casos. Sin embargo, sí se pudo observar otras categorías desde un punto de vista de la interseccionalidad como clase social, educación y edad. En base a estos planteos sin dudas hace falta el desarrollo de estudios para profundizar en el tema abordado.

El análisis de los resultados lleva a diferentes reflexiones y conclusiones y sobre todo interrogantes en cómo desarrollar estrategias integrales de intervención en este tema. Explorar el impacto que produce la exposición a múltiples y prolongadas formas de VBG en las sujetas de investigación permitió visibilizar los efectos de las violencias hacia las mujeres en diferentes etapas del desarrollo, pudiendo entender cómo la exposición a diferentes formas de malos tratos en las infancias pueden generar daño a nivel físico,

psicológico, emocional, cognitivo y social. En este tema, se pudo observar la naturalización de los maltratos como forma de educar y poner límites por parte de figuras de cuidado primarias, que carecían de las competencias parentales necesarias para brindar espacios de cuidado, protección, seguridad y socialización a sus hijas. En estas instancias, cuando los adultos no se hacen responsables de sus actos, podría repercutir negativamente en la introyección de la culpabilización de las niñas, ya que se puede transformar en su forma de sobrevivir en un entorno maltratante y de generar homeostasis emocional para mantener el vínculo de apego con sus figuras de cuidados primarias a cualquier costo.

Por lo tanto, en esta etapa de investigación se pudo observar, en los relatos de las sujetas de investigación los efectos que produjo el tránsito por infancias y adolescencias, donde sus figuras de cuidados respondieron de forma incoherente e impredecible. En las cuales, las mismas figuras de cuidado que debían de propiciar entornos de protección, contención, seguridad y validación eran las que generaban miedo, inseguridad, desconfianza y terror. Estos contextos de vulneración posiblemente llevaron al desarrollo de estilos de apego inseguros y desorganizados, acompañado muchas veces con un trastorno del apego, lo cual se alinea con los hallazgos de Orke et al. (2021) los cuales respaldan la importancia de la teoría del apego en situaciones de mujeres expuestas a situaciones de VBG. En efecto, el desarrollo de estilos de apego inseguro y desorganizado podría ser una de las causas que generó en muchas de las sujetas de investigación dependencia emocional hacia sus parejas y miedo al abandono. Es decir, el desarrollo de estilos de apego inseguros y desorganizados podría ser uno de los factores que incide en que las mujeres puedan ser vulnerables a ser revictimizadas dentro de relaciones interpersonales con varones. Estos planteos van en consonancia con los estudios realizados por Richards et al (2017) y Sen et al (2019) quienes sostienen que existe una relación significativa entre antecedentes de maltrato en la infancia con situaciones de exposición a VBG por expareja en la vida adulta.

Están bien estudiados los efectos de la exposición a los malos tratos en las infancias y adolescencias, en cómo la exposición temprana a situaciones traumáticas podría afectar el desarrollo a nivel estructural del cerebro en niños y niñas, debido a que se trata de una neurobiología cerebral que se encuentra en plena maduración. En concordancia con este planteo Dye (2018) sostiene que la exposición a trauma complejo en la primera infancia puede generar alteraciones a nivel neurobiológico que perjudican el desarrollo y causan cambios en el funcionamiento a nivel cerebral, debido a que estarían comprometidos

periodos sensibles interfiriendo en el desarrollo de múltiples áreas del Sistema Nervioso Central—en adelante SNC-. Si bien en este estudio no se analizó el daño a nivel estructural en el SNC, se pudo observar como la exposición a experiencias traumatizantes en la infancia, posiblemente haya generado un impacto negativo a nivel mental, cognitivo, emocional y relacional.

Una de las consecuencias de la exposición a situaciones traumatizantes en la infancia es la generación por parte de NNA de las diferentes respuestas de afrontamiento a las experiencias de maltrato, entre ellas las expresiones de disociación como forma de evitar esas realidades traumáticas. Asimismo, en contextos donde no se pudieron incorporar herramientas de regulación emocional, la homeostasis se logra a través del desarrollo de estrategias desadaptativas como ser las autolesiones, alcohol, drogas, sexo compulsivo, como forma de regular sus estados emocionales.

En sintonía con los aportes de Lecannelier (2014) se hace necesario comprender cómo las situaciones traumáticas se integran en experiencias que van organizando el desarrollo del niño o niña para poder desarrollar programas en prevención e intervención desde modelos basados en la evidencia que permitan articular estrategias más eficaces, a partir de la consideración de la experiencia relacional y contextual que ha organizado el niño o niña, con modelos cuya base sea la de generar seguridad emocional.

Por lo tanto, en este estudio se ha podido observar cómo las sujetas de investigación se fueron construyendo a partir de esas infancias y adolescencias, y cómo pudieron desplegar diferentes estrategias para sobrevivir a situaciones que, en muchos casos, respondieron a través de la disociación como forma de escapar cuando no había otra salida. Y cómo se fueron relacionando consigo mismas y con sus vínculos sexo afectivo en la vida adulta, a partir de una percepción negativa de sí mismas, sin las herramientas de autocuidado y protección necesarias, condiciones que posiblemente las dejaron en una situación de vulnerabilidad a ser revictimizadas. Por este motivo la naturalización de las violencias, el miedo al abandono, la falta de capacidad en poner límites y la dependencia emocional, podrían ser un conjunto de conductas que las dejaron expuestas a situaciones que desbordaron sus capacidades de respuesta, generando miedo, terror e indefensión acompañado de sentimientos de culpa y vergüenza.

De manera que, se podría plantear que los efectos de la traumatización afectó múltiples áreas, sobre todo la relacional, perjudicando el desarrollo de una maternidad saludable, la relación con sus hijos e hijas, en muchos casos la generación de respuestas emocionales internalizantes donde se guardaban sus emociones para sí mismas reproduciendo las respuestas aprendidas en la infancia, inhibiendo la capacidad para pedir ayuda. Además, los sentimientos de culpa y vergüenza crónicos se acompañaban de la sensación de no ser una carga, no fallar y no molestar a los demás. A ello se suma la desregulación emocional con lo cual se hace difícil generar estrategias de regulación adaptativas, ya que predomina la impulsividad y la dificultad en el manejo del enojo. Sus estados emocionales estaban tan vulnerables debido a la continua exposición a situaciones traumatizantes que se activaban ante estímulos neutros. Esta desregulación también afectó la productividad en sus trabajos y el rendimiento académico, debido a la presencia de sintomatología intrusiva, que hacían revivir las situaciones de violencia o por sintomatología disociativa como amnesias.

En algunos casos los efectos de la traumatización crónica se viven hasta la actualidad donde persisten secuelas postraumáticas como dificultades en conciliar el sueño, mantienen problemas en la regulación emocional y relacional. El miedo y la desconfianza perduran generando dificultades en relacionarse emocionalmente con un varón por miedo a que se vuelvan a repetir las situaciones de violencia que vivieron con anterioridad. En definitiva, los efectos en las situaciones en las que se observó la prevalencia de trauma complejo mostraron consecuencias negativas significativas afectando el desarrollo de una vida saludable, debido a las alteraciones de varias áreas que complejizaban su cotidianeidad. Cabe aclarar que son mujeres que acudían a consulta psicoterapéutica y en algunos casos psicofarmacológica para adquirir herramientas para afrontar las consecuencias del daño ocasionado por la exposición a múltiples y prolongadas formas de VBG. Estos resultados están en sintonía con los estudios realizados por Dokkedahl et al. (2021) y Daugherty et al. (2022) los cuales postulan que existe una prevalencia de TEPT y trauma complejo en mujeres que han sido expuestas a situaciones de VBG, con sintomatología comorbida relativa al trauma, como alteraciones en AA0, en la regulación de los afectos y en la percepción de sí misma.

En cuanto a las características de las situaciones de VBG que presentan las sujetas de investigación, se puede decir que la mayoría de la sujetas de investigación manifestaron haber sido expuestas a múltiples y prolongadas situaciones de VBG, las cuales se

extendieron temporalmente entre los dos y veinte años de duración. Cada situación tiene su propia singularidad ya que difieren en edades, clases socio-económicas y a nivel temporal respecto de las situaciones de VBG, se presentan experiencias que tienen décadas de antigüedad y otras más cercanas en el tiempo de entre seis y doce meses de antigüedad.

La cronicidad de las situaciones posiblemente generó daño a nivel físico, mental, emocional y relacional, manifestándose en la generación de cuadros sintomatológicos postraumáticos acorde al diagnóstico de TEPT y en situaciones más complejas con el desarrollo de trauma complejo. Por lo cual, se observa la gravedad del daño ocasionado, manifestado en las secuelas visibles en varias áreas, produciendo alteraciones en la AAO, generando desregulación a nivel emocional, en la atención y la conciencia, de la propia percepción, relacional y en la percepción de el o de los agresores. Esto, se expresa a través de una concepción negativa de sí misma, la falta de herramientas para el manejo de emociones, por tanto, repercutió en un aumento de la impulsividad y falta de estrategias de regulación emocional como el manejo del enojo y la ira. A ello se suma la generación de conflictividad en las relaciones, dificultades en la generación de estrategias de parentalidad positiva para con sus hijos e hijas, dificultades en sostener las trayectorias educativas y dificultades en mantener o conseguir fuentes de trabajo.

Dentro de estas manifestaciones de VBG, prevalecieron situaciones de violencia psicológica y emocional, a través del control, celos, hostigamiento, insultos, humillaciones, gritos, desprecio, culpabilización, infidelidades y manipulación. Dentro de la violencia física surgían expresiones que hacían referencias a cachetadas, patadas, empujones, intentos de ahorcamiento, golpes con objetos y palizas. La violencia sexual se dio en el marco de relaciones sexuales no consensuadas, violaciones dentro de la pareja, tocamientos y obligar a la mujer a tener relaciones con otras personas a cambio de saldar deudas. Mientas que la violencia económica y patrimonial se manifestaba a través de la limitación a acceder a una fuente de trabajo, o por el contrario, trabajar en exceso y solventar todos los gastos, no pagar la pensión alimenticia y negar el acceso a bienes. A su vez, la violencia ambiental aparece por medio de golpear y romper elementos de la casa. En algunas situaciones surgieron casos de violencia vicaria representadas en formas de violencia directa hacia los hijos e hijas en presencia de la madre como forma de sometimiento y control.

Todas las situaciones de VBG, fueron ejercidas por varones que en esos momentos compartían un vínculo sexo afectivo con las sujetas de investigación.

Las principales características de las mujeres que participaron en este estudio como sujetas de investigación se pueden dividir en varias categorías. Respecto al género, son mujeres cis género heterosexuales y en un solo caso bisexual. Dentro del marco social, son mujeres que se fueron sociabilizando de acuerdo a los mandatos patriarcales del cómo ser mujer, dentro del cual prevalece el ser para los demás. En cuanto al desarrollo profesional, se destaca que la mitad de la muestra se conforma por profesionales universitarias, como trabajadoras en el campo de la salud mental y docencia, el resto se divide entre empleos a nivel público-privado. Todas pertenecen a diferentes estratos socio económico.

La mayoría de las sujetas de investigación no habían denunciado ni concurrido a un servicio de atención en VBG, solo tres de ellas pudieron dar esos pasos con respuestas negativas de las instituciones intervinientes. Son mujeres que salieron de las situaciones de VBG por sus propios medios, con las herramientas que tenían en ese entonces, recurriendo a espacios psicoterapéuticos como una respuesta de autocuidado y protección. También contaron con el apoyo de redes de contención y apoyo a nivel familiar y amistades, sin embargo hubo situaciones en donde la capacidad de pedir ayuda estuvo totalmente inhibida. En estos casos no pudieron contar a sus seres más allegados la realidad en la que vivían, hasta mucho tiempo después de haber salido de las situaciones de VBG.

En todos los relatos existen manifestaciones sobreexposición a situaciones de maltrato en la infancia y adolescencia, en algunas situaciones se visibilizaba la naturalización de esas violencias minimizándolas o justificándolas como formas de poner límites. En muchos casos se dieron situaciones de mujeres con infancias monoparentales donde sus padres estaban separados y la figura paterna no desarrolló una parentalidad positiva por el contrario reprodujo prácticas de crianza que promovieron los malos tratos. Por lo cual fueron desarrollando estilos de apegos inseguros y desorganizados. En algunos casos se dieron situaciones de salidas del hogar de origen siendo adolescentes a través del relacionamiento con su primer pareja como forma de escapar a las situaciones de malos tratos en su hogar y el desarrollo de embarazo adolescente.

A ello, se suman las dificultades en poner límites, la dependencia emocional y trastornos del apego, que complejizan las situaciones de VBG, dificultando la incorporación de estrategias de cuidado y autoprotección, inhibiendo la generación de estrategias de salida. En la vida adulta al ser expuestas a las situaciones de VBG, se volvieron a dar expresiones de naturalización de tales situaciones, acompañado de los sentimientos de culpa y vergüenza junto a la sensación de indefensión. Cabe agregar que en la mayoría de las situaciones manifestaron haber sido expuestas a situaciones de VBG entre los padres.

Es importante agregar que en muchas de las situaciones de violencia a las que fueron expuestas las sujetas de investigación estuvo en riesgo su salud mental, física y su vida. De acuerdo al protocolo de atención en VBG (2019), para realizar una evaluación del riesgo se deben tener en cuenta un conjunto de factores como los relativos a la mujer, factores relacionales, contextuales y los factores relacionados al agresor.

Los factores relativos a la mujer son aquellos en los cuales se incluye la ideación suicida, IAE, cuadro depresivo, crisis emocionales, tuvieron que recibir atención en salud como consecuencia de las agresiones como consecuencia de las agresiones, grado de naturalización de la violencia, antecedentes de violencia en la familia de origen, antecedentes de ASI, pareja con perfil público o con acceso a influencias de poder.

En cuanto a los factores relacionales se encuentran intentos frustrados de separación, separación resiente y/o formación de nueva pareja, aumento del control sobre las actividades y las relaciones, cronicidad de las situaciones, amenazas de muerte.

Referente a los factores vinculados al contexto surgen dificultades en pedir ayuda, aislamiento y carencia de redes de apoyo social y pérdida del empleo.

Por último, dentro de los factores relativos a quienes ejercieron violencia surgen incumplimientos de medidas cautelares, acoso, control y amedrentamiento sistemático de la víctima, antecedentes de sustracción o destrucción de objetos personales de la víctima, consumo problemático de alcohol o drogas, comportamiento violento en varios contextos, no solo en el hogar, lo cual hace que muchas situaciones se encuadren dentro del protocolo de atención en VBG como riesgo medio y alto.

En sintonía con investigaciones recientes se observa la posibilidad de una relación significativa que existe entre experiencias de malos tratos y desarrollo de trauma

complejo en las infancias y adolescencias con la generación de estilos de apego inseguros y desorganizados con la exposición en la vida adulta a situaciones de VBG con parejas y ex parejas.

Junto al aumento de las denuncias de situaciones de malos tratos en la infancia y adolescencia, las situaciones de VBG denunciadas y atendidas dentro de la red de atención a mujeres en situaciones de VBG, solo reflejan una pequeña parte del problema, queda un lado oculto, invisibilizada en las situaciones que no son denunciadas, volviéndose esa cifra negra que abarca a miles de mujeres que no acceden al sistema de protección en situaciones de VBG propuesto por la política pública. Por lo cual, hace falta el compromiso a nivel social y del Estado, en la generación de recursos económicos y políticas públicas integrales desde una perspectiva de género que aborden el tema de las violencias hacia las mujeres, niñas y adolescentes.

En cuanto a la asistencia en salud mental en este fenómeno, es fundamental la incorporación de modelos basados en la evidencia, que se especialicen en el abordaje del trauma, dentro de los programas de atención en VBG.

En este sentido es importante recordar los aportes que Shapiro (2004) ha desarrollado respecto a la comprensión y abordaje del trauma con “Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares” o EMDR (por sus siglas en inglés “Eyes Movement Desensitization and Reprocessing”). En efecto, Shapiro (2019) desarrolla este modelo psicoterapéutico específico para trabajar con pacientes con TEPT ofreciendo un tratamiento alternativo evitando las estrategias de exposición a tareas que generen montos de ansiedad elevados utilizados por otros modelos psicoterapéuticos. Por lo cual ayudaría a las personas a integrar conceptualizaciones internas más positivas y adaptativas al presente junto a la desensibilización y reprocesamiento del evento traumático incorporando información nueva y habilidades de afrontamiento. El mismo se basa en el modelo de procesamiento adaptativo de la información, el cual se basa en cómo las experiencias perturbadoras que se almacenan de forma disfuncional en el sistema nervioso generan diversa sintomatología.

Este modelo consta de un protocolo de atención que se divide en ocho fases, con una primera fase de recogida de historia de la persona, en la segunda fase se desarrollan estrategias y brindan herramientas que promueven la estabilización y regulación emocional de la persona para, a partir de la fase tres, acceder a los eventos perturbadores

y reprocesarlos en las fases cuatro a ocho. Para tales efectos se recurre a la estimulación bilateral ya sea ocular, táctil o auditiva para que de este modo la información que se encuentra almacenada disfuncionalmente comience a integrarse de forma adaptativa de un hemisferio cerebral al otro. Lo cual activa la producción de ondas lentas del cerebro activando el sistema de procesamiento adaptativo de la información con el objeto de provocar la desensibilización emocional y sensitiva negativas asociadas al recuerdo traumático que se esté abordando. Es decir:

Se realizan conexiones con asociaciones apropiadas y que la experiencia es empleada constructivamente por la persona y es integrada a un esquema cognitivo y emocional positivo. En esencia, lo que resulta útil es aprendido y almacenado con los sentimientos o emociones apropiados y está disponible para ser usado en el futuro (Shapiro & Sherwel, 2004, p. 30).

En definitiva se trata de un abordaje integrador con un método diferenciado de psicoterapia reconocido por la OMS que a su vez cuenta con el aval de treinta Ensayos Clínicos Aleatorizados y veintidós investigaciones no aleatorias como las realizadas por Pagani et (2012), Steenkamp et al (2015), Laugharne et al (2016) y Bongaerts et al (2017) que comprueban su efectividad en TEPT y Trauma Complejo en adultos.

Incluir este modelo de atención psicológica podría generar estrategias de intervención más eficaces en la reducción de la sintomatología postraumática que afectan a las mujeres expuestas a situaciones de VBG. La evidencia científica avala este abordaje, el cual se ha comprobado la reducción de la perturbación emocional, junto a la disminución de los niveles de ansiedad y depresión, y el aumento de la capacidad de regulación emocional y relacional a través de la estimulación bilateral.

Para culminar, el estado uruguayo a partir de la generación de la Ley Integral 19.580 de Violencia Basada en Género hacia las Mujeres, ha podido incorporar políticas públicas donde se articulan la prevención, atención, protección, sanción y reparación. Según el décimo informe de CEDAW (2020), se destaca en Uruguay el desarrollo de un sistema interinstitucional para dar respuesta a la VBG con la implementación de un conjunto de medidas que permitan paliar este flagelo. Para ello fue necesario la disposición de recursos que permitieron entre otras medidas el aumento de los servicios del sistema de respuesta en VBG de INMUJERES tanto para la atención a mujeres en situación de violencia como para varones que han ejercido violencia. A su vez, se crearon nuevos

centros de estadía transitoria o casa de breve estadía, a nivel judicial se dispuso la creación de nuevos juzgados especializados en VBG y el ministerio del interior aumento la cantidad de dispositivos de monitoreo y control electrónico.

En este sentido el estado uruguayo ha venido disponiendo de recursos para erradicar la VBG, sin embargo se hace necesario implementar nuevas políticas y aumentar los recursos para garantizar a las mujeres uruguayas una vida libre de violencia.

7. Referencias Bibliográficas

- Abrams, K. Y., Rifkin, A., & Hesse, E. (2006). Examining the role of parental frightened/frightening subtypes in predicting disorganized attachment within a brief observational procedure. *Development and Psychopathology*, *18*(02). <https://doi.org/10.1017/S0954579406060184>
- Adams, J., Mrug, S., & Knight, D. C. (2018). Characteristics of Child physical and sexual abuse as predictors of psychopathology. *Child Abuse & Neglect*, *86*, 167-177. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.09.019>
- Aguirre D, P., Cova S, F., Domarchi G, Ma. P., Garrido C, C., Mundaca Ll, I., Rincón G, P., Troncoso V, P., & Vidal S, P. (2010). Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, *48*(2). <https://doi.org/10.4067/S0717-92272010000300004>
- Ainsworth, M. D. S., & Bell, S. M. (1970). Attachment, Exploration, and Separation: Illustrated by the Behavior of One-Year-Olds in a Strange Situation. *Child Development*, *41*(1), 49. <https://doi.org/10.2307/1127388>
- Alberdi, I., & Matas, N. (2002b). *La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España*. Fundación La Caixa. <https://www.uv.es/igualtat/recursos/actuacio/InformeViolenciaAlberdiMatas.pdf>
- Alonso Ayllon, E., López Orjuela, L., & González Román, Y. (2011). *En la violencia de género no hay una sola víctima. Atención a los hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género*. Save the Children. <https://www.savethechildren.es/publicaciones/en-la-violencia-de-genero-no-hayuna-sola-victima> (acceso 01-09/2019). Save the Children. <https://www.savethechildren.es/publicaciones/en-la-violencia-de-genero-no-hayuna-sola-victima>
- American Psychiatric Association. (2016). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana.

- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, Ch., Perry, B. D., Dube, Sh. R., & Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174-186.
<https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>
- Asensi, L., & Araña, M. (2006). TEPT complejo en violencia de género. *Interpsiquis*, 7, 1-7.
- Atenciano Jiménez, B. (2009). Menores Expuestos a Violencia contra la Pareja: Notas para una Práctica Clínica Basada en la Evidencia. *Clínica y Salud*, 20(3), 261-272.
- Bagwell-Gray, M. E., Messing, J. T., & Baldwin-White, A. (2015a). Intimate Partner Sexual Violence: A Review of Terms, Definitions, and Prevalence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 16(3), 316-335.
<https://doi.org/10.1177/1524838014557290>
- Baita, S. (2012). Trastorno Traumático del desarrollo: Una nueva propuesta diagnóstica. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación.*, 4(1), 1-16.
- Baita, S., & Moreno, P. (2015). *Abuso sexual infantil Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia*. UNICEF.
- Balcázar Nava, P. (2007). *Investigación Cualitativa*. Universidad Autónoma del Estado de México.
- Barudy Labrín, & Dantagnan, M. (2013). *Los buenos tratos a la infancia: Parentalidad, apego y resiliencia*. Gedisa Editorial.
- Barudy Labrín, J., Comas, E., & Dantagnan, M. (2010). *Los desafíos invisibles de ser madre o padre: Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*. Gedisa.
- Barudy Labrín, J. (2005). *El dolor invisible de la infancia, una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Paidós.
- Batthyány, K., & Cabrera, M. (Eds.). (2011). *Metodología de la investigación en Ciencias Sociales Apuntes para un curso inicial*. UDELAR. https://drive.google.com/file/d/1-PRwQLon1U_VGiWoCfX2t3ryuknUbf96/view?fbclid=IwAR2-UqftPkgwLsOqbRWm4SOmo3ULRTIVj1muCV5XVwaK0j63K7SXcy8ZA34
- Beramendi, C., Fainstain, L., & Tuana, A. (2015). Mirando las violencias contra las mujeres desde la perspectiva interseccional. Desafíos teóricos y metodológicos para su conceptualización y

- medición. En *Violencia contra las mujeres: Desafíos y aprendizajes en la Cooperación Sur-Sur en América Latina y el Caribe* (Guajardo, G y Rivera, C., pp. 55-81). FLACSO Chile.
- Boeckel, M. G., Wagner, A., & Grassi-Oliveira, R. (2017). The Effects of Intimate Partner Violence Exposure on the Maternal Bond and PTSD Symptoms of Children. *Journal of Interpersonal Violence*, 32(7), 1127-1142. <https://doi.org/10.1177/0886260515587667>
- Bongaerts, H., Van Minnen, A., & de Jongh, A. (2017). Intensive EMDR to Treat Patients With Complex Posttraumatic Stress Disorder: A Case Series. *Journal of EMDR Practice and Research*, 11(2), 84-95. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.11.2.84>
- Bott, S., Guedes, A., Goodwin, S., & Adams, J. (2014). *Violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe*. Organización Panamericana de la Salud.
- Bourdieu, P., Jordá, J., & Bourdieu, P. (2007). *La dominación masculina* (5. ed). Anagrama.
- Bowlby, J., Guera Miralles, A., & López Sánchez, F. (2006). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida* (5ta edición). Ediciones Morata.
- Boza Chirino, J., León Ledesma, J., & Pérez Rodríguez, J. (2016). *Introducción a las técnicas de muestreo*. Pirámide.
- Brassard, M. R., Hart, S. N., & Glaser, D. (2020). Psychological maltreatment: An international challenge to children's safety and well being. *Child Abuse & Neglect*, 110, 104611. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104611>
- Briggs-Gowan, M. J., Ford, J. D., Fraleigh, L., McCarthy, K., & Carter, A. S. (2010). Prevalence of exposure to potentially traumatic events in a healthy birth cohort of very young children in the northeastern United States: Potentially Traumatic Event Exposure in Early Life. *Journal of Traumatic Stress*, 23(6), 725-733. <https://doi.org/10.1002/jts.20593>
- Calce, C., España, V., Goñi Mazzitelli, M., Magnone, N., Mesa, S., Meza Tananta, F., Pacci, G., Rostagnol, S., & Viera Cherro, M. (2015). *La violencia contra las mujeres en la agenda pública Aportes en clave interdisciplinaria* (5ta.). UDELAR/CSIC.
- Cantón Duarte, J., & Cortés Arboleda, M. (2015). *Malos tratos y abuso sexual infantil: Causas, consecuencias e intervención*. Siglo XXI de España.

- Cantón-Cortés, D., Cortés, M. R. (2015). Consecuencias del abuso sexual infantil: Una revisión de las variables intervinientes. *Anales de Psicología*, 31(2), 552.
<https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.180771>
- Carlson, E. B., Furby, L., Armstrong, J., & Shlaes, J. (1997). A Conceptual Framework for the Long-Term Psychological Effects of Traumatic Childhood Abuse. *Child Maltreatment*, 2(3), 272-295.
<https://doi.org/10.1177/1077559597002003009>
- Carlson, E., & Putnam, F. (1993). An Update on the Dissociative Experiences Scale. Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders-. *Dissociation*, 6(1), 16-27.
- CEDAW. (2021). *Décimo informe periódico que el Uruguay debía presentar en 2020 en virtud del artículo 18 de la Convención* (10mo.; pp. 1-39). Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer.
- CEPAL. (2020). *Violencia contra niñas, niños y adolescentes en tiempos de COVID-19* (pp. 1-17). CEPAL - UNICEF - Oficina de la Representante Especial del Secretario General sobre la Violencia contra los Niños.
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46485/1/S2000611_es.pdf
- CEPAL, & UNICEF. (2009). Maltrato infantil: Una dolorosa realidad puertas adentro. *Desafíos Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio*, 9, 1-12.
- Cervera Pérez, I. M., Unidad de Salud Mental Comunitaria Huércal-Overa, López-Soler, C., Universidad de Murcia, Alcántara-López, M., Universidad de Murcia, Castro Sáez, M., Universidad de Murcia, Fernández-Fernández, V., Universidad de Murcia, Martínez Pérez, A., & Universidad de Murcia. (2020). Consecuencias del maltrato crónico intrafamiliar en la infancia: Trauma del desarrollo. *Papeles del Psicólogo - Psychologist Papers*, 41(2).
<https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2934>
- Cintora, P., & Laurent, H. K. (2020). Childhood Trauma Exposure Exacerbates the Impact of Concurrent Exposure to Intimate Partner Violence on Women's Posttraumatic Symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, 33(6), 1102-1110. <https://doi.org/10.1002/jts.22545>

- Classen, C. C., Palesh, O. G., & Aggarwal, R. (2005). Sexual Revictimization: A Review of the Empirical Literature. *Trauma, Violence, & Abuse, 6*(2), 103-129.
<https://doi.org/10.1177/1524838005275087>
- Clauss, K., & Clements, C. (2021). Threat Bias and Emotion Recognition in Victims of IPV. *Journal of Interpersonal Violence, 36*(5-6), NP2464-NP2481. <https://doi.org/10.1177/0886260518766424>
- Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., Karatzias, T., & Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 138*(6), 536-546. <https://doi.org/10.1111/acps.12956>
- Condino, V., Giovanardi, G., Vagni, M., Lingiardi, V., Pajardi, D., & Colli, A. (2020). Attachment, Trauma, and Mentalization in Intimate Partner Violence: A Preliminary Investigation. *Journal of Interpersonal Violence, 088626052098038*. <https://doi.org/10.1177/0886260520980383>
- Córdova López, O. (2017). La violencia económica y/o patrimonial contra las mujeres en el ámbito familiar. *Persona y Familia, 6*, 39-58. <https://doi.org/10.33539/perfyfa.2017.n6.468>
- Correa Palacio, A. F., Delgado Fuente, E., Paricio del Castillo, R., & Polo Usaola, C. (2019). Intimate Partner Violence Against Women: Impact on Mental Health. En M. Sáenz-Herrero (Ed.), *Psychopathology in Women* (pp. 55-80). Springer International Publishing.
https://doi.org/10.1007/978-3-030-15179-9_3
- Crempien Robles, C. (2012). Traumatización relacional compleja: Una noción útil en la comprensión del funcionamiento de mujeres víctimas de violencia doméstica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 21*(1), 65-73.
- Creswell, J. W. (1998). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. Sage Publications. <https://academia.utp.edu.co/seminario-investigacion-II/files/2017/08/INVESTIGACION-CUALITATIVACreswell.pdf>
- Cuesta, C., Cossini, F. C., Politis, D. G. (2021). Las bases neurales de la Amnesia Disociativa (AD): Una revisión sistemática de la bibliografía. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría, 32*(152), 11-16. <https://doi.org/10.53680/vertex.v32i152.40>

- Dana, D., & Porges, S. W. (2019). *Aplicaciones clínicas de la teoría polivagal: El nacimiento de las terapias influenciadas por la teoría polivagal*. Eleftheria.
- Daugherty, J. C., Verdejo-Román, J., Pérez-García, M., & Hidalgo-Ruzzante, N. (2022). Structural Brain Alterations in Female Survivors of Intimate Partner Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(7-8), NP4684-NP4717. <https://doi.org/10.1177/0886260520959621>
- DeJong, M., Wilkinson, S., Apostu, C., & Glaser, D. (2021). Emotional abuse and neglect in a clinical setting: Challenges for mental health professionals. *BJPsych Bulletin*, 1-6. <https://doi.org/10.1192/bjb.2021.90>
- Di Bártolo, I. (2017). *El apego: Cómo nuestros vínculos nos hacen quienes somos*. Lugar Editorial.
- Dirección Nacional de Políticas de Género. (2021). *Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la mujer*: (pp. 1-105) [De Gestión]. Ministerio del Interior. <https://www.minterior.gub.uy/images/pdf/2021/presentacion-completa-genero2021.pdf>
- Dokkedahl, S., Kristensen, T. R., Murphy, S., & Elklit, A. (2021). The complex trauma of Psychological violence: Cross-sectional findings from a Cohort of four Danish Women Shelters. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1863580. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1863580>
- Dye, H. (2018). The impact and long-term effects of childhood trauma. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 28(3), 381-392. <https://doi.org/10.1080/10911359.2018.1435328>
- Echeburúa, E., De Corral, P., Zubizarreta, I., & Sarasua, B. (1997). Psychological Treatment of Chronic Posttraumatic Stress Disorder in Victims of Sexual Aggression. *Behavior Modification*, 21(4), 433-456. <https://doi.org/10.1177/01454455970214003>
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behavior Research and Therapy*, 38(4), 319-345. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)
- Facio, A. (1992). *Cuando el género suena, cambios trae (Una metodología para el análisis de género del fenómeno legal)*. ILANUD. <http://fundacionjyg.org/wp-content/uploads/2018/05/Cuando-el-g%C3%A9nero-suena-cambios-trae.pdf>

- Facio, A. (2010). *El protocolo facultativo de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer: Análisis de casos ante el Comité de la CEDAW* (1a reimp). Instituto Interamericano de Derechos Humanos (IIDH).
- Felitti, V. J. (2002). The Relation Between Adverse Childhood Experiences and Adult Health: Turning Gold into Lead. *The Permanente Journal*, 6(1), 44-47.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Fiscalía General de la Nación. (2020). *Violencia doméstica y sexual: Protocolo de actuación de la Unidad de Víctimas y Testigos*. UdelaR/UNFPA. <https://www.gub.uy/fiscalia-general-nacion/comunicacion/publicaciones/protocolo-actuacion-materia-violencia-domestica-sexual>
- Frewen, P., & Lanius, R. A. (2015). *Healing the traumatized self: Consciousness, neuroscience, treatment* (First edition). W. W Norton & Company.
- Gallegos, A. M., Heffner, K. L., Cerulli, C., Luck, P., McGuinness, S., & Pigeon, W. R. (2020). Effects of mindfulness training on posttraumatic stress symptoms from a community-based pilot clinical trial among survivors of intimate partner violence. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(8), 859-868. <https://doi.org/10.1037/tra0000975>
- García Fuster, E., & Musitu Ochoa, G. (1993). *El maltrato infantil. Un análisis ecológico de los factores de riesgo*. Madrid: España. Ministerio de Asuntos Sociales. Ministerio de Asuntos Sociales.
- García Moreno, Jansen, H., Watts, C., Elsberg, M., & Heise, L. (2005). *Estudio multipaíses de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica: Primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia: Resumen del informe*. Organización Mundial de la Salud.
- García-Moreno, C., Zimmerman, C., Morris-Gehring, A., Heise, L., Amin, A., Abrahams, N., Montoya, O., Bhate-Deosthali, P., Kilonzo, N., & Watts, C. (2015). Addressing violence against women:

A call to action. *The Lancet*, 385(9978), 1685-1695. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61830-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61830-4)

George, C., Caplan, N., & Main, M. (1985). Attachment Interview for Adults, Unpublished manuscript. University of California.

Gherardi, N. (2016). *Otras formas de violencia contra las mujeres que reconocer, nombrar y visibilizar*. CEPAL.

González, A. (2017). *No soy yo: Entendiendo el trauma complejo, el apego, y la disociación : una guía para pacientes y profesionales*.

González, A. (2019). *EMDR y procesamiento emocional: Trabajando en pacientes con desregulación grave*. s.l.

González, A. (2021). *Cuando el cuerpo habla: Un abordaje integrador del trastorno conversivo*. Paidós.

Ha, J., Choe, K., Son, H., & Kim, J.-S. (2021). Intimate Partner Violence Victimization Influences Suicidal Ideation via Interpersonal Dependency and Anger. *Iranian Journal of Public Health*, 50(11), 2274-2282. <https://doi.org/10.18502/ijph.v50i11.7583>

Heller, L., & LaPierre, A. (2017). *Curar el trauma del desarrollo: El Modelo Relacional Neuroafectivo (NARMtm) para restablecer la conexión*. Eleftheria.

Herman, J. (1997). *Trauma y recuperación: Cómo superar las consecuencias de la violencia*. Espasa.

Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391. <https://doi.org/10.1002/jts.2490050305>

Hernández Pacheco, M. (2017). *Apego y psicopatología: La ansiedad y su origen: Conceptualización y tratamiento de las patologías relacionadas con la ansiedad desde una perspectiva integradora*. Desclée De Brouwer.

Hernández Pacheco, M. (2020). *Apego, disociación y trauma: Trabajo práctico con el modelo PARCUVE*. Desclée De Brouwer.

Hernández Pita, I. (2014). *Violencia de género: Una mirada desde la sociología*. Editorial Científico-Técnica.

- Herrera, T. (2015). *Violencia doméstica: El discurso y la realidad*. Universidad ORT : Palabra Santa Editorial.
- Herzog, S., D'Andrea, W., DePierro, J., & Khedari, V. (2018). When stress becomes the new normal: Alterations in attention and autonomic reactivity in repeated traumatization. *Journal of Trauma & Dissociation*, 19(3), 362-381. <https://doi.org/10.1080/15299732.2018.1441356>
- Hing, N., O'Mullan, C., Mainey, L., Nuske, E., Breen, H., & Taylor, A. (2021). Impacts of Male Intimate Partner Violence on Women: A Life Course Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), 8303. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168303>
- Ho, G. W. K., Karatzias, T., Vallières, F., Bondjers, K., Shevlin, M., Cloitre, M., Ben-Ezra, M., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Astill Wright, L., & Hyland, P. (2021). Complex PTSD symptoms mediate the Association between childhood trauma and physical health problems. *Journal of Psychosomatic Research*, 142, 110358. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110358>
- Hoeboer, C., de Roos, C., van Son, G. E., Spinhoven, P., & Elzinga, B. (2021). The effect of parental Emotional abuse on the severity and treatment of PTSD symptoms in children and adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 111, 104775. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104775>
- J. Park, C. (2016). Intimate partner violence: An application of attachment theory. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 26(5), 488-497. <https://doi.org/10.1080/10911359.2015.1087924>
- Karamat, A., Saleem, S., Taskeen, S., & Mahmood, Z. (2022). Assessing Emotional Neglect in Adolescents: A Scale Development and Psychometric Properties in Pakistani Adolescents. *Bahria Journal of Professional Psychology*, 21(1), 58-69.
- Khan, M., & Renk, K. (2018). Understanding the Pathways between Mothers' Childhood Maltreatment Experiences and Patterns of Insecure Attachment with Young Children via Symptoms of Depression. *Child Psychiatry & Human Development*, 49(6), 928-940. <https://doi.org/10.1007/s10578-018-0808-6>
- Knipe, J. (2019). *Caja de herramientas de EMDR: Teoría y tratamiento del trastorno por estrés postraumático complejo y la disociación*. Pléyades.

- Krug, E. G., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A., & Lozano, R. (Eds.). (2002). *World report on violence and health*. World Health Organization.
- Labrador, F. J. (Ed.). (2004). *Mujeres víctimas de la violencia doméstica: Programa de actuación*. Pirámide.
- Lagarde, M. (2011). Prefacio. Claves feministas en torno al feminicidio. Construcción teórica, política y jurídica. En *Feminicidio en América Latina* (Fregoso, R y Bejarano, C, pp. 11-41). UNAM, Centro de Investigaciones Interdisciplinaria en Ciencias y Humanidades.
- Lahav, Y. (2022). Hyper-Sensitivity to the Perpetrator and the Likelihood of Returning to Abusive Relationships. *Journal of Interpersonal Violence*, 088626052210920.
<https://doi.org/10.1177/08862605221092075>
- Lansford, J. E., Godwin, J., McMahon, R. J., Crowley, M., Pettit, G. S., Bates, J. E., Coie, J. D., & Dodge, K. A. (2021). Early Physical Abuse and Adult Outcomes. *Pediatrics*, 147(1), e20200873. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-0873>
- Laugharne, J., Kullack, C., Lee, C. W., McGuire, T., Brockman, S., Drummond, P. D., & Starkstein, S. (2016). Amygdala Volumetric Change Following Psychotherapy for Posttraumatic Stress Disorder. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 28(4), 312-318.
<https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.16010006>
- Lecannelier, F. (2014). Trauma Complejo del Desarrollo & el Modelo de Peligro Desorganizado en la infancia (0- 6 años): Evidencias y la propuesta de un programa de intervención temprana. *Centro Apoyo & Regulación Emocional (CARE)*, 1-14.
- Lecannelier, F. (2020). *El Trauma oculto en la Infancia* (3ra.). EDICIONES B.
<https://www.overdrive.com/search?q=FDE90505-5544-424A-83A3-62C4E389216F>
- Levendosky, A., Lannert, B., & Yalch, M. (2012). The effects of intimate partner violence on women and child survivors: An attachment perspective. En *Advances in Psychodynamic Psychiatry* (Alfonso, C; Friedman, R Y Downey, J., pp. 397-433). Guilford Press.
- Levine, P. A., & Iribarren, M. (2013). *Sanar el trauma: Un programa pionero para restaurar la sabiduría de tu cuerpo*. Neo-Person.

- Levine, P. A., & Monteagudo, L. (2018). *Trauma y memoria: Cerebro y cuerpo en busca del pasado vivo : una guía práctica para comprender y trabajar la memoria traumática*.
- Ley de Seguridad Ciudadana, 16.707, El Senado y Cámara de Representantes, Código Penal (1995).
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/16707-1995>
- Ley de Violencia Doméstica, N. 17.514, El Senado y Cámara de Representantes (2002).
https://www.oas.org/dil/esp/ley_contra_violencia_domestica_uruguay.pdf
- Ley Integral de violencia hacia las mujeres basada en género., 19580, Cámara de representantes y senadores, Código Civil y Código Penal (2017). <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19580-2017>
- Ley Integral de Violencia Basada en Género hacia las Mujeres, N°. 19580, El Senado y Cámara de Representantes, 52 (2017).
<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/docu4857561804902.htm>
- Li, Y., Herbell, K., Bloom, T., Sharps, P., & Bullock, L. F. C. (2020). Adverse Childhood Experiences and Mental Health among Women Experiencing Intimate Partner Violence. *Issues in Mental Health Nursing, 41*(9), 785-791. <https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1731636>
- Libby, A. M., Orton, H. D., Beals, J., Buchwald, D., & Manson, S. M. (2008). Childhood abuse and later parenting outcomes in two American Indian tribes. *Child Abuse & Neglect, 32*(2), 195-211. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.07.006>
- Lizana Zamudio, R. (2012). *A mí también me duele: Niños y niñas víctimas de la violencia de género en la pareja*. Gedisa.
- López Monsalve, B. (2014). *Violencia de género e infancia: Hacia una visibilización de los hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género*. [Tesis doctoral, Universidad de Alicante].
https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/41712/1/tesis_bego%C3%B1a_lopez_monsalve.pdf
- Lorente Acosta, M. (2020). *Mi marido me pega lo normal: Agresión a la mujer, realidades y mitos*. Planeta.

- Lutwak, N. (2018). The Psychology of Health and Illness: The Mental Health and Physiological Effects of Intimate Partner Violence on Women. *The Journal of Psychology, 152*(6), 373-387.
<https://doi.org/10.1080/00223980.2018.1447435>
- Machado, A. I., Bobbio, A., Arbach, K., Parra, A., Riestra, C., & Hernández-Cervantes, Q. (2021). Evidencia de estructura y consistencia interna del Inventario de Riesgo Suicida en Adolescentes (IRISA) uruguayos. *Ciencias Psicológicas*. <https://doi.org/10.22235/cp.v15i1.2214>
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., van Ommeren, M., Jones, L. M., Humayan, A., Kagee, A., Llosa, A. E., Rousseau, C., Somasundaram, D. J., Souza, R., Suzuki, Y., Weissbecker, I., Wessely, S. C., First, M. B., & Reed, G. M. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: Proposals for ICD-11. *World Psychiatry, 12*(3), 198-206. <https://doi.org/10.1002/wps.20057>
- Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening Behavior the linkin mechanism? En *Attachment the Preschool Years* (M. T. Greenberg, D. Cicchetti y E. M. Cummings, pp. 161-181). The University of Chicago Press.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/desoriented during the Ainsworth Strange Situation. En *Attachment in the Preschool Years* (M.T. Greenberg, D. Cicchetti y M.Cummings, pp. 121-160). The University of Chicago Press.
- Marrone, M., Diamond, N., Juri, L., & Bleichmar, H. (2009). *La teoría del apego: Un enfoque actual*. Prismática.
- Martí González, I. (2019). El Trastorno del apego reactivo, evaluación, relación con la violencia e intervención desde el ámbito educativo. *Crónica, revista científica profesional de la pedagogía y psicopedagogía, 4*, 65-82.
- Martínez Sanz, A. (2015). *Estudio de la violencia sexual sobre las mujeres en la relación de pareja, y las repercusiones de la violencia en pareja sobre la sexualidad de las mujeres. Estudio realizado en servicios públicos de la Comunidad Valenciana* [Tesis Doctoral, Universidad de Alicante]. <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/64881>

- Martínez Sanz, A. (2018). ¿Por qué las mujeres tienen relaciones sexuales con sus parejas cuando realmente no lo desean? *Feminismo/s*, 31. <https://doi.org/10.14198/fem.2018.31.06>
- Mera-Cobeña, A., & Moreira-Valencia, J. (2018). La resiliencia en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar. *Revista Científica Y Arbitrada De Ciencias Sociales Y Trabajo Social: Tejedora.*, 1(2), 2697-3626.
- Merrick, M. T., Ports, K. A., Ford, D. C., Afifi, T. O., Gershoff, E. T., & Grogan-Kaylor, A. (2017). Unpacking the impact of adverse childhood experiences on adult mental health. *Child Abuse & Neglect*, 69, 10-19. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.03.016>
- MESECVI. (2014). *PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER*. ONU.
- MESECVI. (2020). *Tercer Informe de Seguimiento a la Implementación de las Recomendaciones del Comité de Expertas del MESECVI* (p. 133) [Hemisférico]. OEA. <https://www.oas.org/es/MESECVI/informeshemisfericos.asp>
- MIDES-INMUJERES. (2019). *Sistema Interinstitucional de Respuesta*. <https://www.gub.uy/comunicacion/publicaciones/sistema-interinstitucional-de-respuesta>
- Ministerio de Desarrollo Social, Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la Violencia Doméstica, Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay, Sistema Integrado de Protección a la Infancia y Adolescencia contra la Violencia, Naciones Unidas, Agencia Uruguaya de Cooperación Internacional, Instituto Nacional de Estadística. (2013). *Primera Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia Basada en Género y Generaciones. Informe de resultados* (p. 63) [Estadístico]. MIDES. <http://repositorio.mides.gub.uy:8080/xmlui/handle/123456789/362>
- Ministerio de Desarrollo Social, Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la Violencia Doméstica, Observatorio sobre Violencia Basada en Género, Instituto Nacional de las Mujeres- MIDES, UNICEF, Instituto Nacional de Estadística, Red Uruguaya contra, & la Violencia Doméstica y Sexual. (2019). *Segunda Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia Basada en Género y Generaciones. Informe de resultados* (p. 136) [Estadístico]. MIDES.

<https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/encuesta-nacional-prevalencia-sobre-violencia-basada-genero-generaciones>

- Miranda, J. K., Rojas, C., Crockett, M. A., & Azócar, E. (2021). Perspectivas de niños y niñas sobre crecer en hogares con violencia de género en la pareja. *Anales de Psicología*, 37(1), 10-20. <https://doi.org/10.6018/analesps.429651>
- Momeñe, J., Estévez, A., Pérez, A., Olave, L., & Iruarrizaga, I. (2021). Coping styles, dysfunctional schemes and psychopathological symptoms related to Emotional dependence on the aggressor partner. *Behavioral Psychology*, 29(1), 29-50. <https://doi.org/10.51668/bp.8321102n>
- Mora Pérez, V. (2015). Cuando llueve sobre mojado: Consecuencias psicológicas en mujeres víctimas de violencia de género traumatizadas en la infancia. *Journal of Feminist, Gender and Women Studies*, 2, 33-38.
- Mosquera, D. (2008). *La autolesión el lenguaje del dolor*. Pléyades.
- Mosquera, D. (2021). *Libre: Manual para la comprensión y el tratamiento psicológico integral de los efectos de la violencia de género en las mujeres*.
- Mosquera, D., & Knipe, J. (2017). Idealization and Maladaptive Positive Emotion: EMDR Therapy for Women Who Are Ambivalent About Leaving an Abusive Partner. *Journal of EMDR Practice and Research*, 11(1), 54-66. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.11.1.54>
- Muñoz-Rivas, M., Bellot, A., Montorio, I., Ronzón-Tirado, R., & Redondo, N. (2021). Profiles of Emotion Regulation and Post-Traumatic Stress Severity among Female Victims of Intimate Partner Violence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 6865. <https://doi.org/10.3390/ijerph18136865>
- Naciones Unidas. (2006). *Poner fin a la violencia contra la mujer: De las palabras [a] los hechos*. Naciones Unidas.
- Nieto Martínez, I., & López Casares, M. C. (2016). Abordaje integral de la clínica del trauma complejo. *Clínica Contemporánea*, 7(2), 87-104. <https://doi.org/10.5093/cc2016a7>

- Nijenhuis, E. R. S., & van der Hart, O. (2011). Dissociation in Trauma: A New Definition and Comparison with Previous Formulations. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(4), 416-445.
<https://doi.org/10.1080/15299732.2011.570592>
- MSP. (2021). *Estrategia Nacional de prevención de Suicidio 2021-2025*. MSP.
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/estrategia-nacional-prevencion-suicidio-2021-2025>
- OEA. (1994). *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la mujer (Belém Do Pará)*. OEA. <https://www.oas.org/es/mesecvi/convencion.asp>
- Ogden, P., Fisher, J., Hierro, D. del, Hierro, A. del. (2016). *Psicoterapia sensoriomotriz: Intervenciones para el trauma y el apego*. Desclée de Brouwer.
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2011). *El trauma y el cuerpo: Un modelo sensoriomotriz de psicoterapia*. Desclée De Brouwer.
- Olsen, G., Dorado, S., Fontán, A., & Eiris, N. (2019). *Protocolo de actuación en situaciones de violencia basada en género*. MIDES-INMUJERES.
- OMS. (2018). *Estimaciones mundiales, regionales y nacionales de la prevalencia de la violencia de pareja contra las mujeres y estimaciones mundiales y regionales de la prevalencia de la violencia sexual fuera de la pareja contra las mujeres* (pp. 1-16) [Ejecutivo]. OMS.
<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240026681>
- OMS. (2022). *Clasificación Internacional de Enfermedades. 11va Versión* (11va ed.). OMS.
<https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>
- ONU. (1979). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW)*. Naciones Unidas. <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cedaw.aspx>
- ONU. (1993). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*. Naciones Unidas.
<https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/violenceagainstwomen.aspx>
- ONU MUJERES (Ed.). (1996). *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer: Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995*. Naciones Unidas.
<https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>

- Ørke, E. C., Vatnar, S. K. B., & Bjørkly, S. (2018). Risk for Revictimization of Intimate Partner Violence by Multiple Partners: A Systematic Review. *Journal of Family Violence*, 33(5), 325-339. <https://doi.org/10.1007/s10896-018-9952-9>
- Ørke, E. C., Bjørkly, S., Dufort, M., & Vatnar, S. K. B. (2021). Attachment Characteristics Among Women Victimized in No, One, and Multiple IPV Relationships: A Case–Control Study. *Violence Against Women*, 27(15-16), 2945-2970. <https://doi.org/10.1177/1077801220981157>
- Pagani, M., Di Lorenzo, G., Verardo, A. R., Nicolais, G., Monaco, L., Lauretti, G., Russo, R., Niolu, C., Ammaniti, M., Fernández, I., & Siracusano, A. (2012). Neurobiological Correlates of EMDR Monitoring – An EEG Study. *PLoS ONE*, 7(9), e45753. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0045753>
- Pallini, S., Alfani, A., Marech, L., & Laghi, F. (2017). Unresolved attachment and agency in women victims of intimate partner violence: A case-control Study. *Psychology and Psychotherapy*, 90(2), 177-192. <https://doi.org/10.1111/papt.12106>
- Paúl Ochotorena, J., & Arruabarrena Madariaga, .M. (2007). *Manual de protección infantil*. Elsevier Masson.
- Penyarroja Donet, A. (2021). La influencia de las intervenciones profesionales en el proceso de salida de la violencia de género. *Disjuntiva. Crítica de les Ciències Socials*, 2(2), 34. <https://doi.org/10.14198/DISJUNTIVA2021.2.2.3>
- Perry, B., Szalavitz, M., & Barahona, L. (2016). *El chico a quien criaron como perro: Y otras historias del cuaderno de un psiquiatra infantil*. Capitán Swing.
- Pill, N., Day, A., & Mildred, H. (2017). Trauma responses to intimate partner violence: A Review of current knowledge. *Aggression and Violent Behavior*, 34, 178-184. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2017.01.014>
- Pincever, K. (2008). *Maltrato infantil: El abordaje innovador del programa Ieladeinu, aprendizajes de una experiencia integral comunitaria*. Lumen-Humanitas.
- Pinheiro, P. (2010). *Informe mundial sobre la violencia contra los niños y las niñas*. UNICEF. https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=2954

- Porges, S. W. (2017). *La teoría polivagal: Fundamentos neurofisiológicos de las emociones, el apego, la comunicación y la autorregulación*. Pléyades.
- Porges, S. W., & Dana, D. (2019). *Aplicaciones clínicas de la teoría polivagal: El nacimiento de las terapias influenciadas por la teoría polivagal*.
- Porter, B., & López-Angulo, Y. (2022). Violencia vicaria en el contexto de la violencia de género: Un estudio descriptivo en Iberoamérica. *CienciAmérica*, *11*(1), 11.
<https://doi.org/10.33210/ca.v11i1.381>
- Putnam, F. (2003). Revisión de la actualización de la investigación de diez años: Abuso sexual infantil. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *42*(3), 269-278.
<https://doi.org/10.1097/00004583-200303000-00006>
- Richards, T. N., Tillyer, M. S., & Wright, E. M. (2017). Intimate partner violence and the overlap of perpetration and victimization: Considering the influence of physical, sexual, and Emotional abuse in childhood. *Child Abuse & Neglect*, *67*, 240-248.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.02.037>
- Rincón González, P. P. (2005). *Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: Evaluación de programas de intervención*. [Universidad Complutense], Servicio de Publicaciones.
- Rojas, F., Trejo, I., & Spencer, R. (2018). *Validación preliminar del ICD-11 cuestionario de trauma complejo (ICD-TQ) en adultos de la región del Maule*.
<http://dspace.otalca.cl/handle/1950/11408>
- Romero Sabater, I., & Álvarez López, R. (2015). *Guía de intervención en casos de violencia de género: Una mirada para ver*.
- Rosenberg, S., Perrella, L., Porges, S. W., Shield, B., & Rosenberg, S. (2019). *El nervio vago su poder sanador: Técnicas para tratar la depresión, la ansiedad, los traumas y otros problemas*.
- Rosser Limiñana, A., Suriá Martínez, R., & Mateo Pérez, M. Á. (2018). Problemas de conducta infantil y competencias parentales en madres en contextos de violencia de género. *Gaceta Sanitaria*, *32*(1), 35-40. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.02.004>
- Rucker, E., & Hoffner, W. (2022). Birth Trauma. *Pediatrics*, *149*(1), 811-811.

- Russell, D. E. H., Harmes, R. A., & Lagarde, M. (Eds.). (2006). *Feminicidio: Una perspectiva global*. UNAM, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades.
- Rygaard, N. P. (2008). *El niño abandonado: Guía para el tratamiento de los trastornos del apego*.
- Saavedra, T. (2021). *Violencia contra la mujer infligida por la pareja: Prevalencia, denuncia y factores de riesgo en Chile*. World Bank Group.
<https://documents1.worldbank.org/curated/en/356321627068840006/pdf/Prevalencia-Denuncia-y-Factores-de-Riesgo-en-Chile.pdf>
- Sardinha, L., Maheu-Giroux, M., Stöckl, H., Meyer, S. R., & García-Moreno, C. (2022). Global, regional, and national Prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. *The Lancet*, 399(10327), 803-813.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02664-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02664-7)
- Schackner, J. N., Weiss, N. H., Edwards, K. M., & Sullivan, T. P. (2021). Social Reactions to IPV Disclosure and PTSD Symptom Severity: Assessing Avoidant Coping as a Mediator. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(1-2), 508-526. <https://doi.org/10.1177/0886260517727493>
- Schimmenti, A., & Bifulco, A. (2015). Linking lack of care in childhood to anxiety disorders in emerging adulthood: The role of attachment styles. *Child and Adolescent Mental Health*, 20(1), 41-48. <https://doi.org/10.1111/camh.12051>
- Schore, A. (2013). Relational Trauma, Brain Development, and Dissociation. En *Treating Complex Traumatic Stress Disorders in Children and Adolescents. Scientific Foundations and Therapeutic Models* (Julian D. Ford y Christine A. Courtois., pp. 3-23). The Guilford Press.
- Schwarz, J. E., Baber, D., Barter, A., & Dorfman, K. (2020). A Mixed Methods Evaluation of EMDR for Treating Female Survivors of Sexual and Domestic Violence. *Counseling Outcome Research and Evaluation*, 11(1), 4-18. <https://doi.org/10.1080/21501378.2018.1561146>
- Seligman, M. (1975). *Indefensión: En la depresión, el desarrollo y la muerte*. Debate.
- Sen, L., Zhao, F., & Yu, G. (2019). Childhood maltreatment and intimate partner violence victimization: A meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 88, 212-224.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.11.012>

- Shapiro, F. (2019). *EMDR Terapia de desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares*. (3ra.). EMDR Biblioteca.
- Shapiro, F., & Sherwel, C. (2004). *EMDR (Eye movement desensitization and reprocessing)*. Editorial Pax Méjico.
- Siegel, D. J., & Aldekoa, J. (. (2016). *La mente en desarrollo: Cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser*. Desclée De Brouwer.
- Silberg, J. L. (2019). *El niño superviviente: Curar el trauma del desarrollo y la disociación*. Desclée De Brouwer.
- SIPIAV. (2020). *SIPIAV Informe de Gestión 2020* (p. 79). SIPIAV.
<https://www.inau.gub.uy/sipiav/informes-de-gestion-sipiav>
- SIPIAV. (2022). *SIPIAV Informe de gestión 2021* (p. 46). SIPIAV.
<https://www.inau.gub.uy/sipiav/informes-de-gestion-sipiav>
- Speranza, A. M., Farina, B., Bossa, C., Fortunato, A., Maggiora Vergano, C., Palmiero, L., Quintigliano, M., & Liotti, M. (2022). The Role of Complex Trauma and Attachment Patterns in Intimate Partner Violence. *Frontiers in Psychology, 12*, 769584.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.769584>
- Spinazzola, J., Hodgdon, H., Liang, L.-J., Ford, J. D., Layne, C. M., Pynoos, R., Briggs, E. C., Stolbach, B., & Kisiel, C. (2014). Unseen wounds: The contribution of psychological maltreatment to child and adolescent mental health and risk outcomes. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 6*(Suppl 1), S18-S28. <https://doi.org/10.1037/a0037766>
- Staniloiu, A., Vitcu, I., & Markowitsch, H. (2012). Neuroimaging and dis-sociative disorders. En *Advances in brain imaging* (Vikas Chaudhary, pp. 11-35). IntechOpen.
- Steele, K., Boon, S., & Van der Hart, O. (2018). *El tratamiento de la disociación relacionada con el trauma: Un enfoque integrador y práctico*. Desclée De Brouwer.
- Steenkamp, M. M., Litz, B. T., Hoge, C. W., & Marmar, C. R. (2015). Psychotherapy for Military-Related PTSD: A Review of Randomized Clinical Trials. *JAMA, 314*(5), 489.
<https://doi.org/10.1001/jama.2015.8370>

- Stewart, D. E., Vigod, S., & Riazantseva, E. (2016). New Developments in Intimate Partner Violence and Management of Its Mental Health Sequelae. *Current Psychiatry Reports*, 18(1), 4. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0644-3>
- Stubbs, A., & Szoeki, C. (2021). The Effect of Intimate Partner Violence on the Physical Health and Health-Related Behaviors of Women: A Systematic Review of the Literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 152483802098554. <https://doi.org/10.1177/1524838020985541>
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1996). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados*. Paidós.
- Terr, L. C. (1995). Childhood Traumas: An Outline and Overview. En G. S. Everly & J. M. Lating (Eds.), *Psychotraumatology* (pp. 301-320). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1034-9_18
- Troisi, G., & Nunzinate Cesàro, A. (2021). Post-Traumatic Affects and Intimate Partner Violence: An Interpretative Phenomenological Analysis. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, Vol 9, No 1 (2021). <https://doi.org/10.6092/2282-1619/MJCP-2844>
- Tsur, N., Katz, C., & Klebanov, B. (2021). “I don’t have fur to protect me”: Children’s experience of pain as communicated in forensic interviews following parental physical abuse. *Children and Youth Services Review*, 120, 105420. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2020.105420>
- UNICEF. (1989). *Convención sobre los derechos del niño* (2006. ed.). UNICEF. https://www.bibliotecaunicef.uy/doc_num.php?explnum_id=146
- Vaccaro, S. (2018). *La justicia como instrumento de la violencia vicaria: La ideología del pretendido “SAP” y la custodia compartida impuesta*. 1-17. http://consellodacultura.gal/mediateca/extras/CCG_ac_2018_novasformasviolenci axenero_soniavaccaro.pdf.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2011). *El yo atormentado: La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica*. Desclée de Brouwer.
- Van der Kolk, B. (2000). Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2(1), 7-22.

- Van der Kolk, B. (2019). Seguridad y reciprocidad: La Teoría Polivagal como marco para entender y tratar el trauma del desarrollo. En *Aplicaciones clínicas de la Teoría Polivagal: El nacimiento de las terapias influenciadas por la Teoría Polivagal*. (Deb Dana & Stephen Porges, pp. 57-64). Editorial Eleftheria.
- Van Der Kolk, B. A. (2006). Clinical Implications of Neuroscience Research in PTSD. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071(1), 277-293. <https://doi.org/10.1196/annals.1364.022>
- Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 389-399. <https://doi.org/10.1002/jts.20047>
- Van der Kolk, B., Pynoos, R., Cicchetti, D., Cloitre, M., D'Andrea, W., Ford, J., & Teicher, M. H. (2009). *Proposal to include a Developmental Trauma Disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-V*. https://cismai.it/wp-content/uploads/2013/11/DTD_papers_Oct_095eb2.pdf
- Van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Duschinsky, R., Fox, N. A., Goldman, P. S., Gunnar, M. R., Johnson, D. E., Nelson, C. A., Reijman, S., Skinner, G. C. M., Zeanah, C. H., & Sonuga-Barke, E. J. S. (2020). Institutionalisation and deinstitutionalisation of children 1: A systematic and integrative review of evidence regarding effects on development. *The Lancet Psychiatry*, 7(8), 703-720. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30399-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30399-2)
- Vargas Salinas, A., & Coria Liberson, K. (2017). *Estrés postraumático*. Editorial El Manual Moderno. <https://public.ebookcentral.proquest.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=4945886>
- Vasilachis de Gialdino, I. (Ed.). (2006). *Estrategias de investigación cualitativa* (1. ed). Gedisa Ed.
- Velotti, P., Beomonte Zobel, S., Rogier, G., & Tambelli, R. (2018). Exploring Relationships: A Systematic Review on Intimate Partner Violence and Attachment. *Frontiers in Psychology*, 9, 1166. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01166>
- Villalta, L., Khadr, S., Chua, K.-C., Kramer, T., Clarke, V., Viner, R. M., Stringaris, A., & Smith, P. (2020). Complex post-traumatic stress symptoms in female adolescents: The role of Emotion dysregulation in impairment and trauma exposure after an acute sexual assault. *European*

Journal of Psychotraumatology, 11(1), 1710400.

<https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1710400>

Walker, L. E. (2012). *El síndrome de la mujer maltratada*. Desclée De Brouwer.

Wang, Y.-R., Sun, J.-W., Lin, P.-Z., Zhang, H.-H., Mu, G.-X., & Cao, F.-L. (2019). Suicidality among young adults: Unique and cumulative roles of 14 different adverse childhood experiences. *Child Abuse & Neglect*, 98, 104183. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104183>

Weiss, N. H., Risi, M. M., Sullivan, T. P., Armeli, S., & Tennen, H. (2019). Post-traumatic stress disorder symptom severity attenuates bi-directional associations between negative affect and avoidant coping: A daily diary Study. *Journal of Affective Disorders*, 259, 73-81.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.015>

Yehuda, N. (2019). *Comunicar el trauma: Criterios clínicos e intervenciones con niños traumatizados*. Desclée De Brouwer

Anexos.

Anexo 1. Carta de Consentimiento Informado

Consentimiento Informado

En el marco de la Maestría de Género y Políticas de Igualdad de FLACSO, el maestrando Lic. Iván Cornú Machado cédula de identidad 3. 681.047- 9, mail investigacionVBG2021@gmail.com, está desarrollando el proyecto “Pandemia invisible: exploración en el impacto que produce la exposición de múltiples y prolongadas formas de violencias basadas en género”. El objetivo del proyecto es explorar el impacto que produce la exposición a múltiples formas de violencia basada en género por largos períodos de tiempo en mujeres adultas.

Por ello se la invita a usted a participar de forma voluntaria del proyecto a través de instancias de entrevistas. Al ser voluntaria su participación está en su derecho en cualquier momento de la misma poder retirarse sin dar explicación y sin generar ningún tipo de perjuicio La entrevista será registrada con grabador para realizar un mejor tratamiento de la información siempre que usted este de acuerdo.

El material recabado será sistematizado y analizado de forma confidencial. Se utilizarán procedimientos adecuados para preservar la identidad de las participantes (cambio de nombres personales, supresión de referencias que identifiquen las participantes, etc.). La información será confidencial, anónima y será utilizada con fines estrictamente académicos y solo accederá el investigador.

La participación en la investigación no forma parte de un proceso terapéutico. Dado que los temas a trabajar podrían ser movilizantes, se propone un plan de abordaje por parte

del investigador quien, en caso de ser necesario, generará un espacio de contención en esa instancia.

Asimismo, se considera que la entrevista podría ser un espacio beneficioso para la participante, como espacio de cuidado y de escucha, donde en función de lo dialogado se podrían encontrar nuevas respuestas a situaciones vitales, pudiendo aportar a fortalecer la elaboración que se realiza en el tratamiento psicológico.

Además, la participación en la investigación aportará a la comprensión de situaciones de violencia de género.

Al firmar, acepto las condiciones acordadas en el presente documento.

Firma:

Aclaración:

Firma investigador:

Aclaración:

Contacto: investigacionVBG2021@gmail.com

Muchas gracias por su participación.