



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

“PASIÓN POR EDUCAR”.

“VIOLENCIA EN LAS RELACIONES DE PAREJA”

LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

ASIGNATURA:

Taller de elaboración de tesis

PRESENTA

Juliana Perez Mendez

BAJO LA DIRECCIÓN DE:

Mtro. Iván Alberto Morales Ocaña

VILLAHERMOSA, TABASCO, JULIO DE 2021.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

CONCEPTO Y DEFINICIÓN DE VIOLENCIA DE PAREJA

En la actualidad existe confusión y falta de consenso en cuanto a la nomenclatura que se emplea para referirse a la violencia de pareja. Se tiende a emplear los términos de violencia de pareja, violencia intrafamiliar, violencia doméstica o violencia de género indistintamente, cuando hacen referencia a distintos ámbitos.

La violencia de género es el término más amplio, y se emplea para referirse a cualquier tipo de violencia ejercida hacia la mujer sobre la base de su género. La definición de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en su Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer de 1993 es la más aceptada y la que ha servido de base para documentos posteriores.

Por violencia contra la mujer o violencia de género se entiende: “Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”.

Se entenderá que la violencia contra la mujer abarca los siguientes actos, aunque sin limitarse a ellos:

- La violencia física, sexual y psicológica que se produzca en la familia, incluidos los malos tratos, el abuso sexual a las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la

dote, la violación por el marido, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales nocivas para la mujer, los actos de violencia perpetrados por otros miembros de la familia y la violencia relacionada con la explotación.

- La violencia física, sexual y psicológica perpetrada dentro de la comunidad en general, inclusive la violación, el abuso sexual, el acoso y la intimidación sexuales en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros lugares, la trata de mujeres y la prostitución forzada;
- La violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el estado, donde quiera que ocurra.

Posteriormente, en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de la ONU, celebrada en Beijing en 1995, en su artículo 113 mantiene la misma definición de violencia contra la mujer introduciendo el concepto del género: “Se refiere a todo acto de violencia basado en el género” y añade en sus artículos 114 y 115 otros actos de violencia contra la mujer como “Las violaciones de los derechos humanos de la mujer en situaciones de conflicto armado, en particular los asesinatos, las violaciones sistemáticas, la esclavitud sexual y los embarazos forzados, la esterilización forzada y el aborto forzado, la utilización coercitiva o forzada de anticonceptivos, el infanticidio de niñas y la determinación prenatal del sexo”.

Esta definición remarca el hecho de que se trata de una violencia basada en el género, es decir, que se halla arraigada en estructuras, creencias y normas sociales y culturales basadas en el género, más que en acciones individuales; y que es estructural, es decir, que se produce tanto en la vida pública como en la privada, comprendiendo desde la familia hasta el estado.

En la Conferencia de Beijing se señala que:

“Es uno de los mecanismos sociales fundamentales mediante los que se coloca a la mujer en una posición de subordinación frente al hombre. Es una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres, que han conducido a la dominación de la mujer por el hombre, la discriminación contra la mujer y a la interposición de obstáculos contra su pleno desarrollo”.

En este contexto, la violencia de pareja ejercida por el hombre contra la mujer es un tipo de violencia de género que se produce en el contexto de una relación íntima.

El Grupo de Trabajo en Violencia y Familia de la Asociación Americana de Psicología define la violencia de pareja como:

“Un patrón de conductas abusivas, que incluyen un amplio rango de maltrato físico, sexual y psicológico, usado por una persona en una relación íntima contra otra, para mantener el poder, el control y la autoridad sobre esa persona”.

De esta definición se deriva que la violencia de pareja es intencional, sistemática, y se basa en una relación asimétrica de poder. La presente tesis se centra en la violencia de pareja ejercida por el hombre contra la mujer, por lo que el concepto violencia de pareja se empleará para referirse a aquella situación en la que el agresor es el hombre, la víctima es la mujer y la violencia en cualquiera de sus formas se produce en el contexto de una relación íntima actual o pasada.

CLASIFICACIÓN DE LOS TIPOS DE VIOLENCIA DE PAREJA

En el noviazgo la violencia puede adoptar múltiples rostros como lo son los gritos, amenazas, burlas, empujones, puntapiés, intimidaciones, castigos, asecho, sometimiento, bofetadas, críticas negativas, puñetazos, agresiones con objetos, agresiones con armas, etc.

ABUSO FÍSICO

Este tipo de abuso se ejerce mediante la fuerza física en forma de golpes, empujones, patadas y lesiones provocadas con diversos objetos o armas. Puede ser cotidiana o cíclicamente, y se ven combinados momentos de violencia física con periodos de tranquilidad. Según Favieres, en ocasiones suele terminar en suicidio u homicidio. El maltrato físico se detecta por la presencia de magulladuras, heridas, quemaduras, moretones, fracturas, dislocaciones, cortes, pinchazos, lesiones internas, asfixia o ahogamientos.

ABUSO SEXUAL

Este tipo de abuso es difícil de demostrar a menos que vaya acompañado por lesiones físicas. Se produce cuando la pareja fuerza a la mujer a mantener relaciones sexuales o le obliga a realizar conductas sexuales en contra de su voluntad. De acuerdo con Favieres, los principales malos tratos sexuales son las violaciones vaginales, las violaciones anales y las violaciones bucales. También son frecuentes los tocamientos y las vejaciones, pudiendo llegar hasta la penetración anal y vaginal con la mano, puño u objetos.

ABUSO PSICOLÓGICO

Los factores que influyen en el abuso psicológico son muy variados: emocionales, sociales, etc. La mujer se ve dominada por el varón, quien la humilla en la intimidad y públicamente,

al igual que limita su libertad de movimiento, así como la libertad para relacionarse con los demás. Algunos de este tipo de violencia son comentarios como los siguientes: "flaquita, ¿no crees que estás muy maquillada?", "sería bueno que dejaras de pasar tanto tiempo con tus amigos/as", "no me gusta cómo se te ve esa falda, porqué mejor no te pones un pantalón", "me gustaría que hicieras esto o aquello". (Baños, 2000). Muchas de las veces las jovencitas se encuentran conformes con lo anterior, pero mientras se va desarrollando la relación paulatinamente este tipo de violencia va cobrando mayor intensidad y con frecuencia reproduciendo círculos de violencia.

Causas y factores de riesgo de la violencia infligida por la pareja

El modelo que más se utiliza para comprender el problema de la violencia es el modelo ecológico, que postula que la violencia es resultado de factores que operan en cuatro niveles: individual, relacional, comunitario y social. Investigadores han empezado a examinar datos obtenidos en esos niveles en diferentes entornos para conocer más a los factores asociados con las variaciones de la prevalencia; sin embargo, todavía son limitadas las investigaciones sobre las influencias de la comunidad y de la sociedad. Algunos factores de riesgo han sido sistemáticamente identificados en todos los estudios efectuados en diferentes países, pero otros dependen del contexto y pueden variar de un país a otro y dentro de un mismo país (por ejemplo, entre entornos rurales y urbanos). También es importante señalar que, a nivel individual, algunos factores van asociados a la perpetración, otros a la victimización y algunos a ambas posiciones.

Factores individuales

Algunos de los factores más importantes asociados con una mayor probabilidad de que un hombre cometa actos de violencia contra su pareja son los siguientes:

- Juventud
- Bajo nivel de instrucción
- Haber sido testigo o víctima de violencia en la niñez
- Consumo nocivo de alcohol o drogas
- Trastornos de la personalidad
- Aceptación de la violencia (por ejemplo, considerar aceptable que un hombre golpee a su pareja)
- Antecedentes de maltrato infligido a sus parejas anteriores.

Los factores sistemáticamente asociados con una mayor probabilidad de que una mujer sufra violencia a manos de su pareja incluyen los siguientes:

- Bajo nivel de instrucción
- Exposición a violencia entre sus padres
- Haber sido víctima de abuso sexual en la niñez
- Aceptación de la violencia
- Exposición anterior a otras formas de maltrato.

Factores relacionales

Los factores asociados con el riesgo tanto de victimización de las mujeres como de agresión por el hombre incluyen los siguientes:

- Conflicto o insatisfacción en la relación
- Dominio de los varones en la familia
- Dificultades económicas
- Hombre con múltiples compañeras sexuales
- Disparidad de logros educativos, es decir que la mujer tenga un nivel de instrucción más alto que el de su compañero íntimo

Factores comunitarios y sociales

Se han encontrado los siguientes factores en todos los estudios:

- Normas sociales de género no equitativas (especialmente las que asocian la virilidad con el dominio y la agresión)
- Pobreza
- Baja posición social y económica de la mujer
- Sanciones jurídicas débiles en casos de violencia de pareja dentro del matrimonio
- Sanciones jurídicas débiles en casos de violencia de pareja dentro del matrimonio
- Sanciones comunitarias débiles en caso de violencia de pareja
- Amplia aceptación social de la violencia como una forma de resolver conflictos; y n conflicto armado y altos niveles generales de violencia en la sociedad.

CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA DE PAREJA

La violencia infligida por la pareja afecta a la salud física y mental de la mujer en formas directas, por ejemplo lesiones, y formas indirectas, como problemas crónicos de salud por estrés prolongado. Haber sido víctima de violencia es por consiguiente un factor de riesgo de muchas enfermedades y trastornos.

Ejemplos de normas y creencias que apoyan la violencia contra la mujer

- El hombre tiene derecho a imponer su dominio sobre la mujer y es considerado socialmente superior
- El hombre tiene derecho a castigar físicamente a la mujer por un comportamiento “incorrecto”
- La violencia física es una forma aceptable de resolver conflictos en una relación
- Las relaciones sexuales son un derecho del hombre en el matrimonio
- La mujer debe tolerar la violencia para mantener unida a su familia
- Hay veces en que una mujer merece ser golpeada
- La actividad sexual (incluida la violación) es un indicador de masculinidad
- Las niñas son responsables de controlar los deseos sexuales de un hombre

Las investigaciones actuales indican que la influencia del maltrato puede persistir mucho tiempo después de que haya cesado la violencia. Cuanto más grave sea el maltrato, mayores serán sus repercusiones sobre la salud física y mental de la mujer, y las consecuencias de los diferentes tipos y múltiples episodios de maltrato parecen ser acumulativas con el transcurso del tiempo.

Consecuencias de la violencia de pareja en la salud física

Los daños físicos resultantes de la violencia de pareja abarcan lo siguiente: hematomas y tumefacciones, desgarros y excoriaciones, traumatismos abdominales o torácicos, fractura de huesos o dientes, discapacidad visual o auditiva, traumatismos craneoencefálicos, lesiones por intentos de estrangulación y traumatismos en la espalda y en el cuello. Sin embargo, además de los traumatismos, posiblemente sean mucho más comunes los trastornos que a menudo no tienen causa médica identificable o son difíciles de diagnosticar. A veces se les llama “trastornos funcionales” o “afecciones relacionadas con el estrés” e incluyen síndrome de colon irritable u otros síntomas gastrointestinales, fibromialgia, diversos síndromes de dolor crónico y exacerbación del asma. En el Estudio multipaís de la OMS, la prevalencia de traumatismos entre las mujeres alguna vez maltratadas físicamente por su pareja fluctuaba entre 19% en Etiopía y 55% en Perú. Además, era dos veces más probable que, en comparación con las no maltratadas, las mujeres víctimas de maltrato informaran que tenían mala salud y problemas de salud física y mental, aun cuando la violencia hubiera ocurrido años atrás.

Consecuencias de la violencia de pareja en la salud mental

Las mujeres maltratadas por sus parejas padecen más depresión, ansiedad y fobias que las no maltratadas. En el Estudio multipaís de la OMS se registraron más comunicaciones de sufrimiento emocional, ideas suicidas e intentos de suicidio entre las mujeres que alguna vez habían sido víctimas de maltrato físico o sexual que entre las no maltratadas. Además, se han vinculado con la violencia infligida por la pareja los siguientes problemas:

- Abuso de alcohol y de drogas
- Trastornos de los hábitos alimentarios y del sueño
- Inactividad física
- Baja autoestima
- Trastorno por estrés postraumático
- Tabaquismo
- Autoagresión
- Comportamientos sexuales peligrosos.

Los trastornos psiquiátricos que se han asociado en mayor medida a la violencia de pareja son la depresión y el trastorno por estrés postraumático. No obstante, las consecuencias del maltrato sobre la salud mental de la mujer son complejas y pueden afectar a todas las esferas de la vida psíquica, desde las emociones hasta la personalidad, incluyendo las estrategias de afrontamiento (predominio de la evitación y de la ausencia de respuesta emocional ante la violencia, disminución de la asertividad), el auto concepto (baja autoestima, escasa autoconfianza, pobre autoimagen), y el estilo de relación con el mundo (ambivalencia con el agresor y desconfianza, distanciamiento con los demás).

Trastornos depresivos

Aproximadamente la mitad de las mujeres víctimas de violencia de pareja presentan un trastorno depresivo, con una prevalencia que oscila entre un 15% y un 83%. El 35% de la carga total de morbilidad asociada a VP se debe a los trastornos depresivos. Una revisión sistemática reciente sobre la asociación entre VP y consecuencias en la salud, halló que de un total de 42 estudios sobre la asociación entre VP y depresión, tan sólo un estudio no

encontró una relación significativa. La presencia de VP se asocia en un estudio metanalítico tanto a la incidencia de síntomas depresivos como a la incidencia de tentativas autolíticas. El riesgo de presentar un episodio depresivo mayor en mujeres expuestas a VP es entre dos y tres veces superior a las mujeres no expuestas, mientras que el riesgo de presentar sintomatología depresiva se incrementa entre 1,5 y 2 veces. Entre un 9% y un 28% de los casos de trastorno depresivo puede atribuirse a la exposición a lo largo de la vida a VP. Si cesa la situación de violencia tiende a observarse una disminución de los síntomas depresivos. Sin embargo, en un estudio realizado por Zlotnick y colaboradores de seguimiento a cinco años hallaron la presencia de secuelas psíquicas a largo plazo en las víctimas de VP con independencia de hallarse o no en convivencia con el maltratador.

Tanto la severidad como la cronicidad de la violencia de pareja se asocian a una mayor gravedad de la sintomatología depresiva. La exposición a más de un tipo de VP se asocia tanto a un incremento de la probabilidad de presentar sintomatología depresiva como a una mayor gravedad de ésta. En un estudio realizado por Pico-Alfonso y colaboradores se halló que la VP psicológica era un factor de riesgo independiente de la VP física para la sintomatología depresiva. Otros estudios hallan que la VP sexual incrementa la probabilidad de sintomatología depresiva en mayor medida que la VP física y psicológica. El tener hijos, el número de hijos y tener hijos con problemas de conducta incrementa el riesgo de estas mujeres a deprimirse. El riesgo de tentativas autolíticas es alto, situándose alrededor del 20% de las mujeres. La sintomatología depresiva y postraumática se asocian a la ideación autolítica.

Trastorno por estrés postraumático

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) engloba un conjunto de síntomas de ansiedad que se presentan tras la exposición a un evento traumático y que incluyen síntomas de reexperimentación, evitación e hiperactivación. La prevalencia de TEPT en mujeres expuestas a VP se sitúa aproximadamente en el 64%, con una variación entre estudios del 31% al 84,4%. Los casos en que se da la presencia de síntomas postraumáticos pero que no presentan la totalidad de criterios diagnósticos pueden diagnosticarse de TEPT parcial, que se da en el 15% de los casos. La historia de VP se asocia positivamente a una incidencia incrementada tanto de TEPT como de síntomas postraumáticos. Las mujeres con historia de victimización por VP tienen entre dos y tres veces mayor probabilidad de desarrollar TEPT que mujeres sin historia de VP.

La gravedad y la duración de la VP se asocian a la intensidad del TEPT. Un estudio realizado con pacientes atendidas en urgencias halló una relación dosis-dependiente entre el número de tipos de VP y el riesgo de presentar TEPT. El TEPT suele aparecer de forma conjunta con otro trastorno mental. La mitad de las mujeres con TEPT presentará también un trastorno depresivo comórbido. Fedovski y colaboradores hallaron que las mujeres con TEPT tenían 10 veces más probabilidad de presentar elevadas puntuaciones en sintomatología depresiva, sugiriendo que este hecho era debido al solapamiento de síntomas, en especial, de anhedonia, alteraciones del sueño y dificultades de concentración. Los factores asociados al TEPT en la muestra de mujeres expuestas a VP son los abusos en la infancia y la VP sexual.

Síndrome de la mujer maltratada

Lenore Walker describió el síndrome de la mujer maltratada en 1984 a partir de un estudio empírico realizado mediante entrevistas a 438 mujeres víctimas de VP entre 1978 y 1981.

De estas entrevistas la autora postuló la teoría del ciclo de la violencia en el que se describe como se producen tanto las consecuencias psicológicas de la VP como el mantenimiento en la relación de maltrato. El inicio de la VP suele ser sutil e insidioso, basado en estrategias de control, descalificación y aislamiento. Posteriormente suelen aparecer episodios de agresión física, con un carácter cíclico, intercalado con momentos de falso arrepentimiento.

A partir de la teoría del ciclo de la violencia y basándose también en los efectos psicológicos de la indefensión aprendida, la autora describió el síndrome de la mujer maltratada como un subtipo de TEPT en el que se incluían los principales grupos de síntomas del TEPT (reexperimentación, evitación e hiperactivación) y otros observados en estas mujeres, como son los síntomas depresivos, la baja autoestima, el aislamiento social, la distorsión de la autoimagen, las somatizaciones y los problemas con las relaciones sexuales y con la intimidad.

Otros trastornos

Aparte de los trastornos depresivos y el TEPT, la VP se ha asociado a la presencia de uso y abuso de sustancias, otros trastornos de ansiedad, insomnio, y en general, a una peor salud mental percibida. La prevalencia de abuso o dependencia del alcohol en mujeres expuestas a VP es del 18,5%, mientras que la prevalencia de abuso o dependencia de sustancias es del 8,9%. Estas cifras representan aproximadamente unos valores 5 veces superiores a los

esperados en la población general de mujeres. A pesar de que la evidencia es limitada, estudios longitudinales muestran una relación entre exposición a VP y consumo posterior de alcohol en mujeres. Esta asociación podría estar mediatizada por los síntomas postraumáticos.

A pesar de haber recibido menor atención en la literatura, la ansiedad es también uno de los principales efectos de la VP. El 27% de la carga total de morbilidad asociada a la VP se debe a los trastornos de ansiedad. De igual modo, algunos estudios muestran que el 77% de las víctimas de VP presentan sintomatología ansiosa significativa. Al igual que el TEPT y los trastornos depresivos, también la ansiedad muestra una relación dosis-dependiente, con mayores niveles de ansiedad si la VP es más frecuente o grave.

Consecuencias de la violencia de pareja en la salud sexual y reproductiva

La violencia de pareja puede tener numerosas consecuencias negativas para la salud sexual y reproductiva de la mujer, por ejemplo embarazos no planeados y no deseados, abortos y abortos inseguros, infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH, complicaciones del embarazo, enfermedad pélvica inflamatoria, infecciones urinarias y disfunción sexual. La violencia de pareja puede tener asimismo efectos directos en la salud sexual y reproductiva de la mujer, por ejemplo infecciones de transmisión sexual resultantes de un coito forzado físicamente en el matrimonio, o efectos indirectos, por ejemplo menoscabo de la capacidad de la mujer de negociar con la pareja el uso de anticonceptivos o condones.

Consecuencias de la violencia de pareja durante el embarazo

Los estudios han detectado niveles considerables de violencia física infligida por el compañero durante el embarazo en entornos de todo el mundo. En el Estudio multipaís de la OMS se encontró una prevalencia de violencia física de pareja durante el embarazo que oscilaba entre 1% en Japón urbano y 28% en Perú provincial, mientras que en la mayoría de los sitios la prevalencia variaba entre 4% y 12%. Asimismo, en una revisión de estudios de 19 países se encontró una prevalencia que variaba entre 2% en entornos como Australia, Camboya y Dinamarca y 13,5% en Uganda, mientras que en la mayoría de los sitios la prevalencia variaba entre 4% y 9%. En unos pocos estudios realizados en establecimientos de algunos entornos se encontraron niveles estimados de prevalencia aún más elevados, por ejemplo 32% en uno de Egipto, y en una revisión de estudios de África se encontró una prevalencia de 40% en algunos entornos.

La violencia durante el embarazo se ha asociado con lo siguiente:

- Aborto espontáneo
- Ingreso tardío en los servicios de atención prenatal
- Mortinatalidad
- Trabajo de parto y parto prematuros
- Traumatismo fetal
- Bajo peso al nacer o bebés pequeños para la edad de gestación.

La violencia de pareja también puede ser causa de parte de la mortalidad materna, si bien esta asociación a menudo no es reconocida por las instancias normativas.

Homicidios y otras causas de mortalidad

Los estudios efectuados en diversos países revelan que entre 40% y 70% de las víctimas femeninas de asesinatos habían sido matadas por su esposo o enamorado, a menudo en el contexto de una relación de maltrato. Además, hay indicios de que la violencia de pareja aumenta el riesgo de suicidio de la mujer y de que también puede incrementar el riesgo de contraer la infección por el VIH y, por lo tanto, el riesgo de muerte relacionada con el sida.

Consecuencias de la violencia de pareja en los hijos

Varios estudios han descubierto una asociación entre la violencia de pareja contra la mujer y consecuencias de salud y sociales negativas para los niños, entre ellas ansiedad, depresión, desempeño escolar insuficiente y resultados de salud deficientes. Hay un gran cúmulo de evidencia indicativa de que la exposición a la violencia de pareja contra la madre es uno de los factores más comúnmente asociados con la perpetración de violencia de pareja por varones y con el padecimiento de violencia de pareja por mujeres en etapas posteriores de la vida. En varios estudios se ha encontrado una asociación entre la violencia de pareja y el maltrato de niños en el mismo hogar. Además, en algunos estudios de países de bajos ingresos, como Bangladesh y Nicaragua, se ha encontrado que los niños cuyas madres sufren maltrato:

- Tienen menos probabilidades de ser vacunados
- Presentan tasas más altas de enfermedades diarreicas
- Corren un riesgo mayor de morir antes de los cinco años de edad.

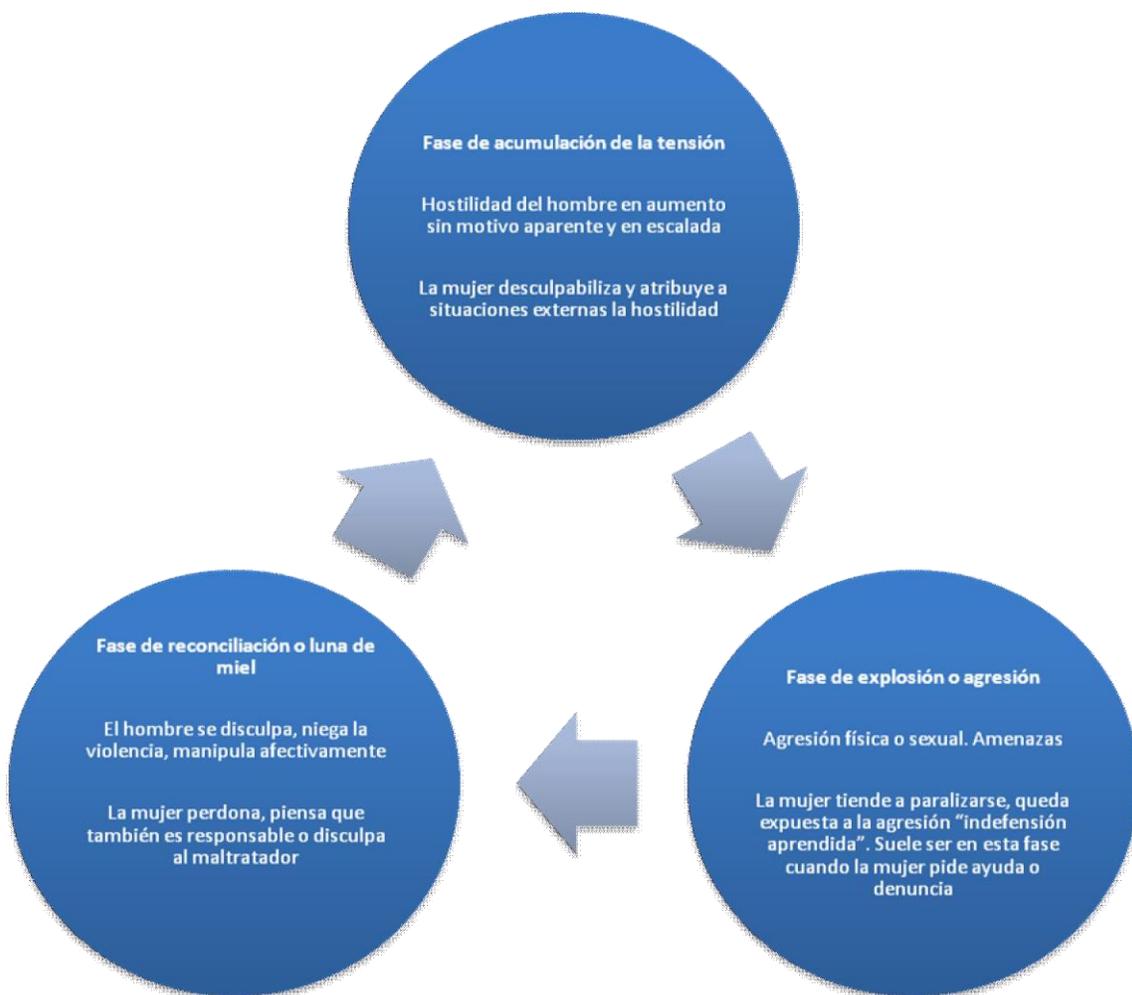
Consecuencias de la violencia de pareja

Consecuencias en la salud física

Mortalidad	Homicidio Suicidio Mortalidad materna
Lesiones y traumatismos	Lesiones en cabeza, cuello o cara Hipoxia por estrangulamiento Lesiones cerebrales
Salud sexual y reproductiva	Uso inconsistente de métodos anticonceptivos Embarazos no planificados Abortos voluntarios Enfermedades de transmisión sexual VIH Disfunciones sexuales Rotura prematura de membranas Parto pretérmino Bajo peso al nacer Muerte neonatal
Problemas crónicos de salud	Peor estado de salud físico percibido Dolor crónico Colon irritable Fibromialgia Cefaleas, migrañas Problemas gastrointestinales Problemas respiratorios, cardiovasculares
Consecuencias en los hijos y en el entorno social	
Consecuencias en los hijos	Muerte infantil (menos de 60 meses) Más conductas de toma de riesgos Problemas internalizantes y externalizantes Síntomas postraumáticos Trastorno por déficit de atención e hiperactividad Transmisión intergeneracional de la VP
Consecuencias en el entornosocial y laboral	Más desempleo, reducción del nivel de ingresos real y potencial Mayor absentismo laboral, menor concentración y menor productividad laboral Aislamiento y menor apoyo social

Consecuencias en la salud psíquica	
Trastornos psiquiátricos	Trastorno por estrés postraumático Trastorno depresivo Trastorno de ansiedad Trastornos de la alimentación Abuso de dependencia del alcohol y/o drogas
Síntomas psicopatológicos	Insomnio Disfunción ejecutiva Ideación y tentativas autolíticas Cambios en la personalidad Baja autoestima Mala salud mental percibida

TEORÍA DEL CICLO DE LA VIOLENCIA DE WALKER LE



TEORÍAS

Las principales teorías que explicarían el motivo de la permanencia de las víctimas del maltrato con sus maltratadores pueden por tanto agruparse en tres grupos de teoría distintas, cada una de las cuales se centra de manera más específica en una y otras variables.

Principales teoría explicativas sobre la permanencia de la víctima en convivencia con el agresor o sobre el abandono de la relación de pareja.

TEORÍAS CENTRADAS EN EL PROCESO DE TOMA DE DECISIONES:

Este conjunto de teorías tienen en cuenta diversos aspectos, entre los que se incluyen:

- El balance que hacen las víctimas sobre los costes y beneficios de seguir o no con la relación.
- En caso de abandonar la relación, qué redes de apoyo social y qué alternativas disponibles tendría con las que poder contar.
- El grado de compromiso y motivación que tiene cada víctima para permanecer o no en su relación de pareja.
- El grado de satisfacción que tienen con su relación, y las expectativas que tienen de lograr una convivencia armoniosa si invirtieran más tiempo y esfuerzo

Teoría de los costes y beneficios (Pfouts):

Adaptada de las teorías de acción razonada y conducta planificada (Fishbein y Azjen, en Rathigan & Axsom), usadas para predecir y explicar variaciones y comportamientos

decisivos, aunque no habían sido aplicadas en el campo del maltrato de pareja. Pfouts, determina que esta teoría aplicada en el caso de las mujeres que deciden si permanecer o no en una relación de violencia depende de dos factores principales, por un lado la norma social y por otro las expectativas de los resultados. Las expectativas de los resultados surgen tras haber valorado los costes (desventajas) y beneficios (ventajas) percibidos en función de las posibles alternativas que se la presentan (Pfouts en Amor y Echeburúa). Por ejemplo, las mujeres que determinen que los costes de terminar con la relación (menor apoyo económico para sus hijos, aumento del riesgo de la violencia etc.) son mayores que las posibles ganancias y beneficios que obtenga (como mayor libertad), tendrán más probabilidades de seguir en la relación con su pareja maltratadora. Ocurriría igual con aquellas mujeres a quienes, por ejemplo, su norma social las animara a la reconciliación con su pareja, tendrían también más probabilidades de permanecer en la relación. Es decir, la mujer maltratada justifica que su situación sería peor si estuviera separada de su maltratador.

TEORÍAS REFERIDAS A LA DEPENDENCIA EMOCIONAL:

En la relación de pareja violenta hay una intermitencia entre el buen y el mal trato, por lo que según las teorías incluidas en este grupo, es esta intermitencia entre los tipos de trato en sus formas más extremas uno de los factores que intervienen en que las relaciones de violencia se continúen en el tiempo, ya que condicionan en gran medida, aunque no de forma exclusiva, el vínculo emocional creado entre víctima y maltratador.

Teoría de la unión traumática (Dutton y Painter):

Esta teoría pretende explicar el proceso psicológico por el que las mujeres maltratadas desarrollan fuertes lazos emocionales o compromisos con sus maltratadores. Estos lazos surgirían como consecuencia de un desequilibrio de poder entre el agresor (varón) y la víctima (mujer). Por ejemplo, si el maltratador desata sobre la víctima su autoridad, es probable que la víctima acabe asimilando como propios los conceptos negativos que el maltratador tiene de ella (baja autoestima). De esta forma, en la mujer evolucionan una serie de creencias según las cuales se acaban viendo incapaces de cuidar de ellas mismas, lo que genera una especie de relación simbiótica en la que cada uno de los dos individuos se vuelve dependiente del otro, y ninguno es capaz de abandonar la relación.

TEORÍAS REFERIDAS A LAS REPERCUSIONES PSICOPATOLÓGICAS DEL MALTRATO:

El maltrato en la pareja tiene consecuencias directas en la salud de las mujeres, tanto física como psicológicamente, cuyas consecuencias podrían influir en la percepción que tienen las mujeres de su relación violenta, así como de los recursos de los que disponen, capacidad y habilidades propias etc. Las teorías incluidas en este grupo tendrían en cuenta por tanto las diversas repercusiones psicopatológicas del maltrato en las víctimas como determinantes de la permanencia en las relaciones de violencia.

Modelo psicológico y ambiental de la permanencia de la víctima (Foa, Cascardi, Zoellner y Feeny):

Se trata de un modelo de “factores múltiples”. El que la víctima carezca de estrategias de afrontamiento adecuadas (como salud o autoestima), las repercusiones psicopatológicas que tiene en ella el maltrato crónico (como el trastorno de estrés postraumático o TEPT, o síntomas ansioso-depresivos), así como los factores sociales (como no disponer de empleo) influyen en las respuestas específicas que tenga la víctima en el ámbito de su relación (insatisfacción con la misma, expectativas negativas de cambio etc.)