



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**MAESTRÍA EN DIAGNÓSTICO Y REHABILITACIÓN
NEUROPSICOLÓGICA**

**CARACTERÍSTICAS NEUROPSICOLÓGICAS DE MUJERES VÍCTIMAS
DE VIOLENCIA DE PAREJA**

Tesis presentada como requisito para obtener el título de:

MAESTRA EN DIAGNÓSTICO Y REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

PRESENTA:

ISABEL RODRÍGUEZ IPIÑA

DIRECTOR DE TESIS:

VICENTE ARTURO LÓPEZ CORTÉS

CO-DIRECTOR:

JORGE ALBERTO GUZMÁN CORTÉS

ASESOR METODOLÓGICO:

ALFONSO DÍAZ FURLONG

LECTORA:

MARÍA DEL ROSARIO BONILLA SÁNCHEZ

Puebla de Zaragoza, marzo de 2023

Reconocimiento

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por haber otorgado la beca 788817 con la cual fue posible la realización de este proyecto, durante el periodo de enero de 2021 a diciembre 2022, periodo en que realicé mis estudios de Maestría que concluye con esta tesis como producto final de la Maestría en Diagnóstico y Rehabilitación Neuropsicológica de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Agradecimientos

Koko, muchas gracias por apoyarme siempre. Te quiero mucho.

A los docentes, mis compañeras y compañeros de maestría, con quiénes en este proceso de aprendizaje, he construido conocimiento.

Gracias también, queridas compañeras, por haberme alentado y dado fuerza en los momentos en que sutiles (o evidentes) acciones demeritaban la importancia del estudio. Sus voces hacían eco: sí, la investigación con perspectiva de género es necesaria. Especialmente a Diana Durán y Amanda Emeraldía, quienes estuvieron muy cerca.

Gracias Leo, por ser un gran acompañante. Por las intensas sesiones de estudio y momentos reflexión.

Finalmente, a todas las mujeres que participaron en esta investigación, gracias por su tiempo y su confianza. Sin ustedes, esto no sería posible.

ÍNDICE

RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN.....	7
1. FUNDAMENTACIÓN.....	9
1.1. ANTECEDENTES	9
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.3. PREGUNTA	16
1.4. OBJETIVO GENERAL DEL PROYECTO.....	16
1.5. OBJETIVOS PARTICULARES DEL PROYECTO	16
1.6. JUSTIFICACIÓN	16
2. MARCO TEÓRICO.....	18
2.1. Violencia de género.....	18
2.2. Prevalencia de violencia de pareja en México y Puebla	22
2.3. Definición y tipos de violencia de pareja.....	23
2.4. Consecuencias de la violencia de pareja.....	25
2.4.1. Consecuencias físicas.....	26
2.4.2. Consecuencias económicas y sociales	26
2.4.3. Consecuencias psicológicas	27
2.4.4. Consecuencias neuropsicológicas en víctimas de violencia.....	29
2.5. Neuropsicología desde la perspectiva Histórico-Cultural.....	34
2.6. Antecedentes de evaluación neuropsicológica a mujeres víctimas de violencia.....	41
2.7. Posibilidad de simulación en la evaluación neuropsicológica	44
3. PROPUESTA METODOLÓGICA	46
3.1. ENFOQUE, ALCANCE Y DISEÑO.....	46
3.2. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES.....	47
3.3. POBLACIÓN	49
3.4. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	51
3.5. PROCEDIMIENTO	55
3.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	56
4. RESULTADOS	57
4.1. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	57
4.2. RESULTADOS DESCRIPTIVOS.....	58
4.3. NIVEL DE RIESGO, TIPO Y FRECUENCIA DE VIOLENCIA.....	58

4.4.	PSICOPATOLOGÍA	60
4.5.	DESEMPEÑO NEUROPSICOLÓGICO.....	61
4.6.	RELACIÓN ENTRE PSICOPATOLOGÍA Y DESEMPEÑO NEUROPSICOLÓGICO.....	63
5.	DISCUSIÓN.....	65
6.	CONCLUSIÓN.....	65

RESUMEN

La violencia de pareja afecta principalmente a las mujeres (OMS, 2022), estudios han demostrado que existen efectos neuropsicológicos en mujeres que han sido víctimas de violencia. Dichos problemas se pueden presentar por traumatismo craneoencefálico, o por los efectos psicopatológicos de depresión, TAG y TEPT que suelen presentar mujeres maltratadas (García Rueda & Jenaro, 2020).

A pesar de que la violencia hacia la mujer es un problema grave en el país, no se cuenta con suficiente evidencia acerca de los efectos neuropsicológicos de la violencia en mujeres. Por lo que, en el presente estudio se pretende evaluar el desempeño cognitivo mediante el NEUROPSI, y la presencia de síntomas psicopatológicos con el uso de la Escala de Depresión de Beck II, Versión Mexicana de Ansiedad de Beck y Lista Checable de Trastorno por Estrés Postraumático para DSM-V. Para posteriormente comparar los resultados a nivel intra-grupal y determinar las características de la muestra.

Se observó una correlación negativa fuerte (-.639) entre TEPT y la puntuación total de Funciones Ejecutivas (TFE). Finalmente se realizó una U de Mann-Whitney para el TFE, donde la variable de agrupación fue la ausencia o presencia de TEPT, se encontró diferencia significativa ($p=.007$). Conocer el desempeño cognitivo de mujeres que han vivido violencia permitirá diseñar rehabilitación neuropsicológica en los casos que sean necesarios, ajustada a las necesidades de cada una de las mujeres.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación explora el tema de características neuropsicológicas en mujeres que han vivido violencia de pareja. El maltrato que viven las mujeres en una relación de pareja heterosexual es una de las manifestaciones más frecuentes de violencia de género, la cual se ejerce hacia cuerpos femeninos, en este caso a las mujeres por el hecho de ser mujeres. En cuestión de delitos motivados por el género, entre los principales agresores se encuentran personas cercanas a víctima, por ejemplo: parejas, padres, amigos, hermanos, etc. Esto resulta preocupante, pues espacios que socialmente se consideran seguros, resultan ser peligrosos para las mujeres. Mencionando además que en México el problema de violencia de género está muy presente, resultando en asesinatos diarios en el país, siendo esta la consecuencia más grave.

Las consecuencias que las mujeres tienen a causa de la violencia son múltiples y se han ubicado a nivel psicológico, físico, económico, familiar, etc. Y poco a poco se ha ido obteniendo más información respecto a los efectos del maltrato en el funcionamiento cognitivo de las mujeres. Esta investigación pretende precisamente conocer el desempeño neuropsicológico de mujeres maltratadas, sin la intención de revictimizarlas, sino con la finalidad de señalar un problema que podría estar presente en esta población y que puede traducirse en una mejor atención para su salud e incluso facilitar evidencia en procesos legales. Sin embargo, para esto, se necesita recolectar más información al respecto, pues en México la investigación neuropsicológica en mujeres víctimas de violencia es bastante escasa.

El interés por conocer más respecto a esta problemática surge de la elevada prevalencia de la violencia hacia las mujeres en el país. Como respuesta a esto, el Estado y la sociedad civil ha generado instancias en las que la atención se centra en aspectos legales, de salud y refugio. Pero no se ha tomado en cuenta aún el ámbito neuropsicológico, a pesar de que poco a poco se ha recopilado evidencia de los efectos cognitivos de la violencia. Sin embargo, como ya se mencionó, en México no hay suficiente información al respecto, motivo por el cual resulta muy importante realizar este tipo de investigación.

Por otra parte, no solo se estará tomando variables relacionadas con la violencia, como el tipo, la frecuencia y la gravedad, sino también variables psicopatológicas. Pues estudios desde la psicología han demostrado la presencia de síntomas de depresión, ansiedad y TEPT (Amor et al., 2002; Bichard et al., 2021; García Navarro et al., 2020; Roberts & Jung, 2005; Valera & Brenbaum, 2003). Resulta interesante observar la correlación entre el nivel de gravedad de dicha psicopatología y el desempeño neuropsicológico de las mujeres.

En el ámbito profesional, conocer al respecto puede impactar en la atención psicológica y jurídica, pues en caso de que las mujeres presenten alteraciones cognitivas, se pueden brindar atención

que les permitan recordar pasos a seguir en sus procesos legales, aplicar estrategias aprendidas en terapia y planear acciones que les permitan independizarse. También esto permitiría repensar la forma en que se presenta la información sobre la violencia, estrategia utilizada en etapas tempranas de la terapia como psicoeducación, en las que en caso de alteración neuropsicológica tendrían que realizarse algunas adecuaciones que le permitan a la paciente atender, comprender y recuperar la información con mayor facilidad.

Por lo tanto, el objetivo de la presente investigación es analizar el rendimiento cognitivo en mujeres que han sido víctimas de violencia de pareja en el último año.

Para esto se acudió a la Secretaría de Igualdad Sustantiva y la Secretaría para la Igualdad Sustantiva de Género del estado de Puebla, donde se solicitó permiso para realizar la investigación. Las 18 mujeres que participaron eran atendidas en estas instancias debido a la violencia de pareja que vivieron, ellas participaron de forma informada y voluntaria en el estudio. Se les aplicó el Inventario de Depresión de Beck, la versión Mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck, la Lista Checable de Trastorno por Estrés Posttraumático para DSM-5, y el NEUROPSI Breve en Español. Para recopilar datos demográficos, de tipo, gravedad y frecuencia de la violencia se solicitó acceso a los expedientes de las instituciones, para evitar la revictimización a las participantes. Se excluyeron a 4 de ellas debido a que las dificultades en la ejecución podían atribuirse a una condición previa a la violencia o a posible simulación.

A continuación, se presenta la estructura del presente trabajo:

Sección 1. Fundamentación. Se presenta el planteamiento del problema, incluyendo la prevalencia de la violencia hacia las mujeres en México, consecuencias de la violencia, se comienza a presentar los efectos neuropsicológicos y los impactos que esto puede tener en la vida de las mujeres. Se incluye la pregunta y objetivos de investigación. Y se finaliza con la justificación, dando los motivos por los que la presente investigación es relevante.

Sección 2. Marco Teórico. Se comienza con una subsección de violencia de género, lo cual enmarca el trabajo de investigación con una perspectiva de género. Se profundiza respecto a la prevalencia en México y el estado de Puebla en la siguiente subsección. Posterior a esto se define el concepto de violencia y los subtipos de esta, para continuar con las consecuencias de la violencia, de las cuales se incluye la psicológica, física, económica y social y neuropsicológica (haciendo especial énfasis en esta última). Después de esto se encuadra el trabajo neuropsicológico de la investigación desde la perspectiva Histórico-Cultural, por lo que se realiza una revisión teórica de este enfoque. Se termina explorando los instrumentos que han sido utilizados en otros estudios para evaluar el funcionamiento cognitivo de mujeres que han vivido violencia.

Sección 3. Se realiza la propuesta metodológica, presentando el enfoque, alcance y diseño; definiendo la población, las variables y exponiendo los instrumentos a utilizar en el estudio.

Sección 4. Resultados. Se presenta la frecuencia de depresión, ansiedad y TEPT, así como el nivel de riesgo y frecuencia de la violencia. Se describen los puntajes totales de las funciones cognitivas, obtenidas con el NEUROPSI.

Sección 5. Discusión.

Sección 6. Conclusión.

1. FUNDAMENTACIÓN

1.1. ANTECEDENTES

El estudio de la neuropsicología relacionado directamente con violencia hacia las mujeres es relativamente nuevo, diversos estudios están dirigidos a observar tanto los efectos de la psicopatología depresiva, ansiosa y de estrés, relacionándolo con la violencia que viven en sus distintos tipos y modalidades (Daughery et al., 2009; Hidalgo-Ruzzante, et al., 2012; Jackson et al., 2002; Roberts y Jung, 2005). Evidentemente la violencia física genera consecuencias mucho más graves en comparación con la psicológica, como se ha observado en el estudio de Daugherty et al. (2019). Aun así, las agresiones en sus manifestaciones leves deben detenerse, porque además se sabe que esta tiende a aumentar progresivamente (Expósito, 2011).

Aunque el estudio con víctimas agredidas por motivos de género desde la neuropsicología es reciente, los efectos de golpes repetitivos, que es una de las formas de violencia experimentada por mujeres maltratadas, se han observado desde hace tiempo en el ámbito deportivo. Se ha visto que los impactos craneales pueden generar efectos en el funcionamiento cognitivo. Las alteraciones en atención y memoria que persisten por 3 meses o más definen el Síndrome post conmocional, el Síndrome del segundo impacto ocurre cuando un individuo sufre una concusión sin haberse recuperado de una previa, aumentando el riesgo de lesión grave, por último, la Encefalopatía Crónica Traumática (CTE) causa demencia pugilística por golpes continuos que van generando una acumulación del efecto de la lesión (Guzmán Cortés, et al., 2016).

En un inicio, al experimentar con animales, se observó que un solo golpe en la cabeza de perros podía causar pérdida de consciencia durante un breve periodo de tiempo (2-10 minutos), aunque a simple vista no se observarían alteraciones en la estructura del cerebro (Scott, 1940). Relacionado con la CTE, más recientemente se observó que concusiones repetidas en ratones adultos generan disfunción aguda motora y cognitiva que no mejora después de un año de la lesión, así como disrupción en materia blanca y microgliosis, demostrando que lesiones diarias generan alteración cognitiva,

aunque no se demostraron efectos en conductas sociales, ansiosas o depresivas, pues este tipo de análisis es más difícil de realizar en animales (Gangolli et al. 2019). Tanto Scott (1940) como Gangolli (2019), expresan que estos estudios pueden ayudar a explicar los síntomas observados en pacientes con CTE, también conocido como *Punch Drunk*. Por motivos éticos es evidente que experimentos así no pueden realizarse con humanos, pero el análisis de CTE se ha realizado con boxeadores y deportistas de otras disciplinas que sufren golpes repetidos.

Entre los primeros en describir el daño cerebral en boxeadores que han practicado este deporte durante un largo periodo de tiempo, se encuentra Corsellis, quien en 1972 encontró anomalías septales e hipotalámicas, cambios en cerebelo, degeneración de sustancia nigra y presencia de ovillos neurofibrilares (Oterio Siliceo & Padilla Rubio, 2004). También se ha observado que los jugadores de fútbol, quienes a lo largo de su carrera deportiva reciben el balón con la cabeza, presentan anomalías en electroencefalogramas comparados con el grupo control, sin embargo, algunos jugadores presentan cambios que duran un breve periodo de tiempo, lo cual puede deberse a que cambios más duraderos o permanentes en EEG son consecuencia de golpes de mayor intensidad y frecuencia (Tysvaer & Storli, 1989). Podríamos esperar efectos parecidos en mujeres maltratadas que han recibido golpes con frecuencia, aunque evidentemente con ciertas diferencias en cuanto a síntomas y gravedad, debido a que los golpes son cualitativamente diferentes que en los deportes descritos.

Aún así, debido a que muchos casos de violencia no se reportan, sería sumamente complicado encontrar mujeres maltratadas con CTE, y estaríamos hablando de casos sumamente graves. Debido a esta limitación, lo más probable es que la evidencia de CTE pueda encontrarse mediante estudios de caso. Precisamente esto es lo que ocurrió cuando Roberts et al. (1990) reportaron una mujer de 76 años que era violentada frecuentemente por su esposo, al examinar el SNC, presentaba características de demencia pugilística. Los casos que se encontrarían con mayor frecuencia son los de mujeres con distintos tipos y gravedad de violencia, cuyos efectos neuropsicológicos no serían tan graves como el que se ha descrito. Esta información se desarrolla más adelante en la sección 2.4.4. y 2.6.

Otras poblaciones que han sido estudiadas para conocer los efectos de la violencia han sido los niños y veteranos de guerra. En el caso de los niños se ha observado que el maltrato genera alteraciones en el SNC, y las áreas que suelen dañarse son “del hipocampo, al complejo de la amígdala extendida, al cerebelo, al cuerpo caloso, a la corteza prefrontal y al eje hipotalámico-hipofisario-adrenal de respuesta fisiológica al estrés” (Amores-Villalba & Mateos-Mateos, 2017, p. 3). Pueden presentar síntomas de inatención, hipervigilancia, dificultades para memorizar y aprender, impulsividad y agresión (Alarcón Forero, 2010). También se ha observado que tienen dificultades atencionales, perseveraciones, de control de impulsos, planeación de las acciones, metacognición, de regulación

emocional teniendo problemas en el manejo y expresión de las emociones, capacidad disminuida para establecer empatía y percibir emociones, y menor CI que puede ser explicado por daños físicos en el SN por sacudidas (Amores-Villalba & Mateos-Mateos, 2017). Ante la violencia dirigidos hacia ellos, las consecuencias se traducen en dificultades cognitivas que pueden surgir por cambios en la estructura nerviosa, ya sea como respuesta adaptativa ante el medio ambiente o por golpes en el SN.

Se ha observado que los veteranos, quienes también han sido expuestos a violencia extrema, presentan algunos efectos cognitivos. Es bastante común que los veteranos tengan diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), lo cual genera un impacto en el funcionamiento neuropsicológico. En una revisión de diversos estudios, encontró que los veteranos con TEPT tenían peor rendimiento en tareas de atención y codificación, presentan errores de perseveración, pero se desempeñaban normalmente en flexibilidad, memoria verbal, visual, y velocidad de procesamiento (Dolan et al., 2010). Desde luego que TEPT no es la única consecuencia, de acuerdo con Brenner et al. (2009) veteranos de guerra también se pueden presentar lesión cerebral de gravedad leve a severa, o una combinación de la lesión y el TEPT, manifestándose en cualquier caso problemas ejecutivos. Vemos entonces, que en estos casos predominan dificultades que han sido relacionados con el funcionamiento de zonas frontales del SN.

A pesar de que recientemente se ha ido acumulando información sobre los efectos neuropsicológicos de la violencia en las mujeres, el interés por las consecuencias de agresiones que tienen su origen en la estructura patriarcal, surgen desde los feminismos y estudios de género. Podría decirse que nos encontramos en un patriarcado de consentimiento, donde los miembros de la sociedad se ajustan a conductas esperadas de acuerdo con el género que se les ha asignado para ser aceptados al momento de relacionarnos socialmente, en esta estructura la violencia de género mantiene a las figuras femeninas en una posición subordinada (Rodríguez et al. 2007). Aunque desde sus inicios, el feminismo reconoció la violencia que ocurría en el matrimonio, el movimiento se centraba en el ámbito público y no fue hasta los 60s que empezó a reconocerse que en el ámbito privado se generan prácticas que legitiman y mantienen el sistema de opresión a las mujeres (Álvarez, 2005).

Los estudios feministas han abordado este sistema de opresión desde el concepto de patriarcado. Este se define como una estructura en la que se establecen relaciones jerárquicas, donde el opresor subordina a figuras a los que la sociedad dominante les otorga un menor valor según su clase, etnia, raza, género, etc., y hablando específicamente del género, se ha establecido una cualidad inferior a lo femenino, y de forma similar quienes ejercen poder, en el caso del género masculino, se legitima el ejercicio del poder porque socialmente se le otorga un valor ya sea real o simbólico (Legarde, 2005). Desde luego que no se deja pasar el hecho que las mujeres también ejercen violencia, sin embargo, aquí es necesario aclarar que la categoría género es simbólica, por lo que una mujer también

puede ostentar estatus masculino. Por este motivo Segato (2010) expresa que se debe hablar de sujetos masculinos y femeninos y que

“no podemos conformarnos ni por un instante con lo literal o lo que parece evidente por sí mismo; si lo hiciéramos, nos alejaríamos cada vez más de las estructuras subyacentes a los comportamientos que observamos” (p.23)

Es por esto que las mujeres también pueden ejercer violencia patriarcal hacia otras mujeres o cuerpos feminizados, a pesar de que ellas mismas sean oprimidas, sin que esto signifique la presencia de un matriarcado (Legarde, 2005). A pesar de esto, Segato (2010) subraya que los significantes masculinos más frecuentemente se encuentran en hombres y los femeninos en mujeres; además, sin importar el cuerpo que mantenga la categoría masculina, se debe tener en cuenta que la estructura de género es una estructura de poder que se manifiesta en el abuso de un cuerpo sobre otro. Así, los feminismos y estudios de género han entendido la violencia de género como un medio para mantener una estructura donde ciertas personas, masculinizadas, gozan de privilegios a costa de la opresión y subordinación de otras, feminizadas.

La estructura de género [de poder], se establece a partir de actividades y cualidades observables a las que se les otorga un mayor valor social cuando se le atribuyen a lo masculino, y se le otorga uno menor a lo femenino. Las mujeres, en general se les considera débiles, tiernas, pasivas, calladas, sentimentales, y sus tareas se relegan a lo privado; mientras que a los hombres se les considera valientes, racionales, objetivos, promoviendo su participación a lo público (Gallegos Argüellos, 2012). Cuando estas ideas dominantes sobre el género se encuentran muy arraigadas, la estructura debe mantenerse a toda costa, se justifica y legitima la violencia de los hombres a las mujeres debido a que 1) los hombres son violentos, por lo que el maltrato es esperado 2) las mujeres deben hacer lo que se espera de ellas, de lo contrario serán castigadas.

Diversos estudios han demostrado esto mediante el análisis del discurso de participantes, que expresan los motivos percibidos del ejercicio de la violencia. En este sentido, se ha encontrado que en los hogares la jerarquía la posee el hombre en cuanto a la toma de decisiones a nivel económico, social y sexual, y se espera que las mujeres cumplan con los deseos de ellos, desatándose episodios de violencia si las mujeres se oponen, no cumplen con sus tareas, se niegan a tener relaciones sexuales, o sospechan que ellas son infieles, se espera que cuando los hombres se enojan o toman alcohol maltraten a sus parejas (Go et al. 2003). De manera similar se encontró en población mexicana que las mujeres han recibido violencia cuando el agresor está muy enojado, celoso, o sin motivo aparente y si ellas defienden a un ser querido (Ramírez & Uribe, 1993), en otro estudio se percibe que la violencia se ejerce cuando el agresor tiene conflictos familiares o laborales, se siente inseguro, consume alcohol, necesita ser reconocido o cuando perciben merecer castigo por no cumplir obligaciones domésticas, o

expectativas de comportamiento como no trabajar, no relacionarse con ciertas personas, mantener relaciones sexuales con él o acatarse a un código de vestimenta (Agoff et al., 2006).

Además, muchos estudios han encontrado consecuencias de la violencia en las víctimas, expresándose en dificultades en su vida cotidiana. Corsi (2012), expresa que diversos estudios han encontrado que disminuye el rendimiento en el trabajo y aumentan las faltas en este, se presentan síntomas psicopatológicos, trastornos del desarrollo, efectos negativos en la salud, aumento en la deserción y ausentismo escolar, entre otros. En Venezuela se ha encontrado que aumentan los costos por atención a la salud por consecuencias tanto físicas, como psicológicas; también se ha visto que las mujeres tienen un impacto en la generación de ingresos, menor oportunidad de empleo y menor acceso a la educación (Marcano & Palacios, 2017). En otro estudio, se reportó que más del 50% de las mujeres que habían denunciado y se había dado una sentencia, tenían lesiones físicas como consecuencia del maltrato, presentando lesiones, contusiones, escoriaciones, esguinces o fracturas, siendo la cara y miembros superiores las zonas en las se agredía principalmente (Domínguez Fernández et al. 2017). Como se observa, las consecuencias abarcan aspectos de la salud física, mental, económicos, laborales y educativos, impactando en la calidad de vida de las mujeres que han sido o son víctimas de violencia por parte de su pareja.

Podemos ver entonces que el tema de violencia de género ha sido explorado para comprender las causas estructurales, la forma en que surge, y las consecuencias que tiene para quienes la padecen. Desde luego que hay muchas otras cuestiones que han sido examinadas, sin embargo, estas son adecuadas para comprender en términos generales lo que se sabe respecto al tema. La neuropsicología podría aportar también a la profundización del tema, complementando lo que ya se ha encontrado con víctimas de violencia, lo cual será descrito más adelante, e integrando los resultados con conocimiento recopilado con otras poblaciones.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En todo el mundo, la violencia contra la mujer es un problema grave, la OMS (2021) reporta que alrededor del 30% de las mujeres han sufrido agresiones por parte de su pareja o de alguien que no era su pareja y cuando las mujeres son asesinadas, el 38% de estos delitos son realizados por sus parejas. Siendo el asesinato la forma más grave de violencia, es preocupante que las personas más cercanas a las mujeres sean generalmente las que representan una mayor amenaza para ellas.

El problema de violencia en México es también grave, de acuerdo con la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH), 66.1% de las mujeres de 15 años y más que han sido encuestadas, han sufrido algún tipo de violencia, y de este porcentaje casi la mitad de ellas (43.9%) han sido agredidas por parte de sus parejas o exparejas (INEGI, 2017). En Puebla,

2073 casos de violencia han sido registrados de enero a marzo del 2021, de acuerdo con el Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (2021). Además, es importante señalar que la violencia de pareja suele ocurrir de manera continuada a través del tiempo “las situaciones de cautiverio-y la familia es una institución cerrada- constituyen un caldo de cultivo apropiado para las agresiones repetidas y prolongadas” (Amor et al., 2002, p. 229), según mencionan los autores, eso ocurre debido a que este tipo de delitos frecuentemente quedan impunes.

Es posible mencionar diversas consecuencias que tiene la violencia de pareja en las mujeres, como las físicas o económicas. A nivel cognitivo, en el metaanálisis realizado por García Rueda y Jenaro (2020) en el que se seleccionaron investigaciones donde las participantes que hayan sido víctimas de agresiones motivadas por el género fueran evaluadas neuropsicológicamente, se observó que “las mujeres maltratadas muestran un funcionamiento neuropsicológico significativamente inferior al de sus iguales que no han sido víctimas de violencia de género” (p. 7). Por lo que haber sido violentadas por la pareja sí tiene consecuencias en el funcionamiento cognitivo.

En este metaanálisis, se encontró que los estudios indican alteraciones en la atención, concentración, lenguaje, capacidad para identificar y expresar emociones, memoria autobiográfica, recuperación de la información, habilidades visoespaciales, memoria de trabajo, capacidad de inhibición, flexibilidad cognitiva, coordinación motora, etc. Además de comparar el funcionamiento cognitivo con presencia-ausencia de maltrato, en el metaanálisis se encontraron algunos estudios donde se tomaban en cuenta distintas variables, como la gravedad del traumatismo craneoencefálico, gravedad de síntomas psicopatológicos y gravedad de los golpes en la cabeza; en estudios donde se comparaba el rendimiento neuropsicológico, entre mayor fuera la gravedad de las variables mencionadas, se presentaba un menor rendimiento en las pruebas cognitivas. Por lo que, no solo es importante tomar en cuenta las consecuencias que sufren las víctimas a nivel cognitivo, sino también el tipo, frecuencia y gravedad de la violencia, así como establecer una relación entre funcionamiento neuropsicológico y los síntomas psicopatológicos.

Las alteraciones neuropsicológicas pueden ser causadas por traumatismo craneoencefálico, lo cual en el caso de las mujeres víctimas, es provocado por golpes en la cabeza. El efecto de golpe y contragolpe generado por el impacto recibido genera lesiones, lo cual a su vez provoca alteraciones cognitivas (Ardila & Roselli, 2007). Sin embargo, los golpes no son la única causa de un deterioro en el funcionamiento cognitivo, García Rueda y Jenaro (2020) mencionan estudios en los que las mujeres víctimas de violencia suelen presentar depresión, ansiedad y Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT).

Lo anterior es relevante debido a que se ha observado que esta psicopatología tiene efectos en el desempeño neuropsicológico de quienes lo padecen. Pacientes con Trastorno de Ansiedad

Generalizado (TAG) suelen tener un déficit en el desempeño de atención selectiva, memoria de trabajo, inhibición, toma de decisiones y cognición social (Langarita-Llorente & Gracia-García, 2019), los pacientes que con sintomatología depresiva suelen tener problemas con la atención sostenida, concentración y procesamiento de información (Mazo, et al., 1999) y los individuos con síntomas de TEPT presentan alteraciones en la atención, aprendizaje y uso de información nueva (Seijas Gómez, 2012). Por lo que sería relevante también analizar las diferencias psicopatológicas entre mujeres maltratadas y del grupo control, así como la relación de las variables psicopatológicas con el funcionamiento neuropsicológico.

Ante el problema de violencia que enfrentan las mujeres en el país, y las consecuencias que tiene a nivel económico y de salud, es común que haya centros en los que se brinde atención a las mujeres. Sin embargo, Ackerman y Banks (2003) mencionan que las mujeres que han sido víctimas de violencia de pareja no suelen ser evaluadas a nivel neuropsicológico, y mucho menos reciben rehabilitación en esta área, aun cuando presenten síntomas por traumatismo craneoencefálico leve.

De acuerdo con Banks y Ackerman (2002), cuando los psicoterapeutas no consideran el ámbito neuropsicológico, pueden interpretar los olvidos como una actitud poco cooperativa por parte del paciente, sin embargo, los problemas de aprendizaje o en la memoria pueden deberse por alteración de las funciones cognitivas debido al maltrato que han vivido. Estos déficits cognitivos se traducen en dificultades para tomar decisiones respecto a su seguridad, o completar capacitaciones para el empleo, lo cual obstaculiza que puedan salir de la relación de violencia (Banks & Ackerman, 2008). Y una vez habiendo realizado la evaluación neuropsicológica, se puede pasar a la rehabilitación. La cual debe trasladarse a mejoras en la vida diaria de los pacientes en distintos ámbitos de sus vidas (Carvajal-Castrillón & Restrepo Pelaez, 2013). En este sentido, el área de la neuropsicología puede aportar a que las mujeres vivan una vida libre de violencia.

Ante la importancia de la atención neuropsicológica, se pretende indagar en las alteraciones cognitivas que genera la violencia en mujeres del Estado de Puebla que han vivido maltrato por parte de sus parejas. Desde lo que se ha revisado, no hay estudios en esta área con dicha población, por lo que el diagnóstico neuropsicológico podría ser un primer paso para visibilizar un problema que afecta a las mujeres que han sido víctimas de violencia.

1.3.PREGUNTA

¿Cuál es el perfil neuropsicológico de mujeres que han sido víctimas de violencia de pareja?

1.4.OBJETIVO GENERAL DEL PROYECTO

Describir el perfil neuropsicológico en mujeres que han sido víctimas de violencia de pareja en el último año.

1.5.OBJETIVOS PARTICULARES DEL PROYECTO

Identificar datos relacionados con tipo de violencia, nivel de riesgo y frecuencia de la violencia de mujeres que han sido víctimas de violencia.

Determinar el nivel de depresión, ansiedad y TEPT de mujeres que han sido víctimas de violencia.

Evaluar el desempeño neuropsicológico en mujeres que han sido víctimas de violencia de pareja.

Establecer relación entre psicopatología y desempeño neuropsicológico de mujeres que han sido víctimas de violencia.

1.6.JUSTIFICACIÓN

La violencia contra la mujer es un problema que se encuentra presente en todo el mundo, México no es la excepción. En el país, según menciona el (INEGI 2017), más de la mitad de las mujeres de 15 años y más reportan haber sido víctimas de algún tipo de violencia. Una de las formas en que la violencia contra la mujer se puede manifestar es en el ámbito privado, denominado violencia doméstica o violencia de pareja, en el cual la conducta violenta es un medio utilizado para ejercer poder sobre la mujer (ONU Mujeres, s.f.). De modo que la violencia de pareja es una situación que suele afectar a las mujeres, y los hombres suelen ser los principales agresores. De las mujeres que reportaron al INEGI (2017) haber sido víctimas de violencia, el 43.9% afirma haber sufrido violencia por parte de su pareja actual o la última, y en el Estado de Puebla, de enero a marzo de 2021 se han reportado 2073 casos de violencia familiar, según datos proporcionados por el Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (2021). Ante la situación de violencia que se presenta en el país, resulta necesario realizar trabajo de atención a mujeres que han sido víctimas de violencia por parte de sus parejas.

La atención a mujeres víctimas de violencia es una actividad que ya se realiza, en el caso del Instituto Poblano de las Mujeres, también conocido como Secretaría de Igualdad Sustantiva, la página de internet realizada por el Gobierno de Puebla (2019b) indica que se ofrecen servicios de asesoría jurídica, psicológica y telefónica, sin especificar sobre ninguno de estos, en el que, al hacer clic a los dos primeros, se redirecciona al usuario a una página externa de pagos. En el caso de la Comisión de

Derechos Humanos del Estado de Puebla (2021b), en la sección de Programas de atención, el Programa de la Mujer se encuentra enfocado en la educación en Derechos Humanos de las mujeres.

Por otro lado, el Refugio Temporal de Atención proporciona atención a mujeres víctimas de violencia durante 3 meses, en el que tienen acceso a vivienda, alimentos, terapia psicológica, atención jurídica, médica y ginecológica (Ayuntamiento de Puebla, 2018). Siendo este el programa más completo, sin embargo, no se encontró a nivel público algún tipo de atención neuropsicológica, lo cual coincide con Ackerman y Banks, (2003) quienes afirman que a muchas mujeres víctimas se les da un servicio psicoterapéutico, sin embargo, no se evalúa a nivel neuropsicológico, a pesar de que estos diagnósticos pueden dar información sobre motivos por los cuales los procesos terapéuticos no pueden estar funcionando adecuadamente.

Lo mencionado en el párrafo anterior resulta importante de señalar debido a que hay registros de mujeres que han sido golpeadas en la cabeza por parte de sus parejas, con síntomas que se han asociado con traumatismo craneoencefálico, y con menor desempeño neuropsicológico en comparación con mujeres que no han sido víctimas de violencia (García Rueda & Jenaro, 2020). Aún con evidencia científica de que este es un problema al que se enfrentan las mujeres víctimas de violencia, la atención neuropsicológica no figura entre los servicios que se brinda a esta población.

Sumado a esto, no se ha encontrado información científica sobre el desempeño cognitivo de las mujeres víctimas de violencia en el Estado de Puebla. Por lo que la investigación puede ser un primer paso para visibilizar la problemática e indicar la urgencia de la atención neuropsicológica en mujeres víctimas de violencia. También la evaluación neuropsicológica se ha utilizado ya en el ámbito forense, como lo demuestran Marín-Torices et al. (2016), quienes evaluaron los procesos cognitivos de una mujer víctima de violencia de pareja, y los resultados aportaron evidencia de daño por el maltrato, lo cual auxilió al proceso de justicia. Esto debido a que, en neuropsicología forense, el perito puede aportar pruebas mediante el reporte neuropsicológico de un posible daño derivado de alguna situación específica, y quien fue responsable de este daño, se encuentra obligado a reparar compensando las lesiones y sus consecuencias (Naharro et al., 2010). Por lo tanto, la evaluación neuropsicológica también puede beneficiar a las víctimas en sus procesos legales, sin embargo, para poder defender esto en un proceso pericial, es necesario recopilar evidencia acerca de cuáles son las consecuencias que tienen las mujeres que han sufrido maltrato.

Se ha visto que las mujeres que han sido maltratadas por su pareja, cuando tienen lesión cerebral, presentan dificultad para planear y procesar información, lo cual genera dificultad para tomar decisiones relacionadas con su propia seguridad, la de sus hijos, y completar capacitación para el empleo, lo cual obstaculiza salir de la relación de violencia (Banks & Ackerman, 2008). Por lo que la evaluación neuropsicológica puede determinar qué funciones cognitivas se encuentran disminuidas,

para trabajar en estas durante la rehabilitación. La manera en que funcionamos en nuestro día a día es de alguna manera un reflejo de nuestro funcionamiento cognitivo, por lo que se espera que el entrenamiento cognitivo ayude a mejorar nuestro desempeño en la vida diaria. Como mencionan Carvajal-Castrillón & Restrepo Pelaez (2013), la rehabilitación neuropsicológica debe finalmente mejorar tanto actividades de la vida diaria, como los ámbitos laboral, social, familiar y académico del paciente. Trabajar a nivel neuropsicológico con mujeres que han vivido violencia, podría contribuir positivamente a una vida libre de violencia.

En términos de su salud integral, conocer el funcionamiento neuropsicológico permitirá establecer una rehabilitación adecuada, ajustada a las necesidades de las mujeres y que permita sacar el máximo provecho a otros servicios que se les brindan, ya que como menciona Ankerman y Banks (2003) es posible que mujeres con síntomas psicopatológicos que generan alteraciones cognitivas, tengan dificultad para beneficiarse del servicio psicológico.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Violencia de género

En la presente investigación se trabaja con mujeres que han vivido violencia de pareja, que es una de las modalidades en las que se presenta la violencia. El INEGI (2017) presenta otros ámbitos en los que la violencia se manifiesta: laboral, familiar, comunitaria, escolar, conyugal y de pareja. Por lo que se hace referencia a los distintos lugares en los que se presenta y los actores que ejercen la violencia. Todas estas modalidades tienen en común que el objeto que recibe la violencia es la mujer, de manera que es un tipo de violencia que se basa en el género, y surge de la desigualdad entre hombres y mujeres, normas respecto a lo masculino y femenino que resultan dañinas y el ejercicio injusto de poder (ONU Mujeres, s.f.).

Una breve revisión acerca de porqué se dice que la violencia contra las mujeres es una violencia basada en el género permitirá enmarcar el trabajo de la presente investigación desde una perspectiva de género. Esta perspectiva

“implica reconocer que una cosa es la diferencia sexual y otra cosa son las atribuciones, ideas, representaciones y prescripciones sociales que se construyen tomando como referencia a esa diferencia sexual” (Lamas, 1996).

Aunque se pueden encontrar diferencias sexuales, la autora menciona que estas son insignificantes y no tendrían porqué marcar supremacía de un sexo sobre otro, además de que lo biológico no es suficiente generar una conducta. De esta manera se entiende que hombres y mujeres compartimos más similitudes que diferencias, por lo tanto, hay algo más que la biología que está marcando las diferencias que suelen asociarse a hombres y mujeres.

Comprender de dónde surgen las ideas preconcebidas del género permitirá dejar de lado ideas basadas en prejuicios acerca de que a las mujeres les gusta ser violentadas, se lo merecen, solo ocurre en ámbitos de pobreza, estas ideas no hacen más que justificar la violencia, posicionarla como un problema que ocurre a pocas personas, dificultan la identificación de violencia o contribuyen a que las mujeres no salgan de la relación (Melgar Alcantud & Valls Carol, 2010). También es importante señalar que con el presente trabajo no se pretende revictimizar a las mujeres buscando una explicación que vuelva a colocarlas como responsables de la violencia. Entender el maltrato como consecuencia de una psicopatología de la mujer es un problema que ha sido expuesto por Ferrer Pérez & Bosch Fiol (2005), quienes mencionan que buscar el origen de la violencia en características individuales no solo es arcaico, sino que además no tiene sustento empírico. El funcionamiento cerebral no es causa de la violencia, ni es suficiente para explicar el motivo por el cual las mujeres no pueden salir de una relación de violencia; buscar explicaciones únicamente desde lo neuropsicológico ignora la complejidad de la situación en la cual se encuentran.

Respecto a las dificultades para salir de una relación de violencia se puede encontrar el problema del ciclo de la violencia, el miedo a las consecuencias, el mismo desconocimiento acerca de qué es la violencia y si están siendo violentadas, el síndrome de Estocolmo, la presencia del vínculo traumático, por mencionar algunas. En este sentido, las características neuropsicológicas que se han observado en mujeres que han sido víctimas, se manifiesta de acuerdo con Ankerman & Banks (2003) en dificultades para tomar decisiones, recordar técnicas aprendidas en terapia, ver a la terapeuta como una figura de confianza, etc. Lo cual puede dificultar que se beneficien de los servicios que se les ofrece y que salgan de la relación de violencia, según lo señalan las autoras. De ninguna manera lo que se observa a nivel neuropsicológico representa un defecto de su persona, y tampoco les hace responsables del maltrato que vivieron.

Cuando se abordan temas de violencia hacia la mujer, surge la necesidad de definir la categoría género. Mucho se ha hablado respecto a si estamos ante un concepto atravesado por lo biológico y lo cultural. Se debe reconocer la parte biológica, pues los cuerpos de las mujeres comparten ciertas características, y estos suelen ser feminizados; de la misma forma los hombres son reconocidos por características corporales, los cuales son frecuentemente masculinizados. Se dice que "frecuentemente" son masculinizados o feminizados, debido a que el concepto género es un concepto simbólico, que va más allá de los cuerpos, se trata, como menciona Segato (2010) de algo que va más allá de lo evidente, en el que el sujeto masculino se diferencia de los cuerpos que muestran imágenes femeninas ya sea por signos o gestos; aun así, la autora indica que solemos encontrar con que los hombres ostentan masculinidad, y en las mujeres se suelen encontrar significantes de feminidad.

Esta relación mujer-femenino, hombre-masculino, es posible debido a que el cuerpo sexuado, es decir, el componente biológico, es asociado a aspectos sociales. No se niega la biología, la cual condiciona y limita al cuerpo, sino que se acepta que la sexualidad es modelada por formas y organización social, y se ha visto que la forma en que se expresan los cuerpos cambia de una sociedad a otra (Weeks, 1998). Este autor hace referencia a la sexualidad, la cual incluye, pero no se limita al género. Se entiende entonces como los hombres y las mujeres, sus conductas, se van ajustando a las expectativas sociales. Las creencias sociales de cómo son los hombres y las mujeres, es lo que refuerza la identidad de género, y aunque se basa en características biológicas, el género es un hecho social, incluso las capacidades que solemos asociar a hombres y mujeres no son naturales como se piensa, sino que se promueven y construyen social y culturalmente (Lamas, 1986).

Para ejemplificar estas diferencias promovidas culturalmente, tan solo en el ámbito de control y expresión emocional, se ha señalado que “las diferencias de género en IE [Inteligencia Emocional] se vislumbran desde la infancia debido a la instrucción diferencial que, en cuanto a las emociones, tienen los niños frente a las niñas” (Sánchez Núñez et al., 2008). La diferencia entre hombres y mujeres para aprender a compartir y manejar emociones puede ser explicada debido a que las mujeres han sido socializadas durante mayor tiempo para expresar las emociones, mientras que los hombres no han tenido esa oportunidad. Relacionado a las ideas de género, Caricote Agreda (2008) encontró que padres de familia realizaban afirmaciones que revelaban las expectativas hacia los hombres y las mujeres; las mujeres debían estar en casa, con los hijos, ser tranquilas, verse bonitas, mientras que los hombres debían ser dominantes. Esto evidentemente influye en la crianza de los hijos, y en consecuencia con las formas en que niños y niñas aprenden a expresar su identidad de género.

La feminidad suele definirse más a partir de las relaciones con personas que le rodean, por lo que se incentiva la comprensión, protección y cuidado de los otros, motivo por el cual suelen entregarse a los demás (Chávez Jiménez, 2012). Este autor menciona que, aunque esto no es necesariamente un aspecto negativo, puede ser perjudicial para las mujeres al desatender su propio desarrollo, al ser castigadas y juzgadas como egoístas por pensar en lo que ellas mismas necesitan, así como presentarse un fuerte miedo al abandono; resulta negativo para quienes les rodean pues suelen pensar que habrá una mujer que les resuelva las situaciones. De manera adicional, se suele atribuir lo emocional, el cuidado y la crianza (Delgado Álvarez et al., 2007), el tener dependencia afectiva, cuidar a otros y la expresión de las emociones (Díaz Loving et al. 2012) a lo femenino.

Por otro lado, la forma en que se define lo masculino es mediante el distanciamiento de lo femenino, es decir, lo masculino es porque no es femenino, necesítandolo como punto de referencia. Así lo señala Chávez Jiménez (2012), la masculinidad tiene ciertas actitudes que le diferencian de lo femenino, sin construir esta definición a partir de sus propias características. Para definirse, lo

masculino suele asociarse con agresividad, inexpresividad, con el rol de proveedor (Delgado Álvarez et al., 2007), ser competitivo, independiente y dirigirse a objetivos (Díaz Loving et al. 2012), incluye el control emocional, el uso de la fuerza, violencia, agresividad, además de que la masculinidad debe probarse constantemente (Chávez Jiménez, 2012).

Este último punto respecto a que la masculinidad debe de renovarse, ha permitido comprender la violencia de género. Segato (2018) explica que a esto se le llama Mandato de Masculinidad, lo cual:

“exige al hombre probarse hombre todo el tiempo; porque la masculinidad, a diferencia de la feminidad, es un estatus, una jerarquía de prestigio, se adquiere como un título y se debe renovar y comprobar su vigencia como tal” (p.40)

De acuerdo con la autora, esto se expresa violencias hacia figuras femeninas que prueban al sujeto masculino su capacidad de subordinar y en rituales que les ponen en riesgo; si bien estos actos suelen representarse ante otros hombres que se vuelven testigos de la “hombría”, los pares también están presentes simbolizados en la mente, cumpliendo otra vez la función de reconocerle como hombre.

Ante esta breve definición de masculinidad y feminidad, se observa como lo masculino es a partir de su diferenciación de lo femenino, y de su capacidad de subordinarle, estableciendo así una jerarquía, en donde domina quien ostenta la categoría masculina. De esta manera podemos comenzar a entender el objetivo del ejercicio de la violencia con motivos de género, siendo esta “un mecanismo para perpetuar la subordinación de las mujeres (...) la hegemonía masculina se basa en el control social de lo femenino” (Rico, 1996, p.8). Es un medio que permite al sujeto masculino mantener su estatus, sometiendo a la figura femenina. Como menciona Segato (2010), el estatus de género es posible porque un cuerpo subordina a otro.

Aunque Segato (2010) se acerca a la explicación de la violencia de género desde el delito de la violación, también menciona que la violación puede ser alegórica, en la que las acciones pueden o no asignarse como sexuales: mediante el ejercicio de poder se violenta, aterroriza y humilla a las mujeres. En su análisis, la autora refiere que estas representaciones de violencia pueden ser utilizadas para (1) castigar, controlar y disciplinar a las mujeres que salen de su posición subordinada, por ejemplo: aquellas que deciden sobre su sexualidad. (2) agredir a otro hombre, pues al ser considerado lo femenino como propiedad de los hombres, adueñarse de estos cuerpos indican que el agresor tiene un estatus que previamente había perdido (3) Probar a otros hombres la propia virilidad.

Por lo que, la violencia de género se trata de una expresión que pretende colocar al cuerpo feminizado en su lugar, siendo lo masculino lo que puede juzgar, poner orden, castigar, subordinar, ejercer poder y además probarse como figura masculina en detrimento de la figura femenina. A su vez,

esto ha sido legitimado y reforzado a nivel social, pues se cree que el hombre se encuentra por encima de la mujer (Expósito, 2011).

2.2. Prevalencia de violencia de pareja en México y Puebla

Respecto a la situación de violencia que viven las mujeres con sus parejas, se revisaron los datos recabados por la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) realizada por el INEGI en 2017, en el que se encuestó a mujeres de 15 años o más para recolectar información sobre experiencias de violencia que han vivenciado de tipo emocional, física, económica patrimonial o sexual, dentro de los ámbitos escolar, laboral, comunitario, familiar y de pareja. Se encontró que 66.1% de las mujeres encuestadas sufrieron algún tipo de violencia en su vida en cualquiera de los ámbitos mencionados; el ámbito de mayor incidencia de violencia es el de pareja, pues el 43.9% indica que sufrió violencia en la relación actual o la última y el 25.6% reportó haber sido víctima de violencia en el último año. Resulta intrigante que de las mujeres que han sido víctimas, casi la mitad de las mujeres sufre violencia por parte de una persona con quien mantiene una relación cercana.

Aún más alarmantes son los registros de morbilidad del Anuario de Morbilidad 1984-2019 de la Dirección General de Epidemiología, que se encuentra en la página oficial del Gobierno de México (s.f.). En el que, al consultar, entre las 20 principales causas de enfermedad de las mujeres a nivel nacional, del año 2019 se encuentra en la posición 19 la violencia intrafamiliar. Para ese mismo año se encuentra registrado el mayor número de casos en mayo y hay mayor cantidad de mujeres registradas de las edades de 25 a 44 años. Respecto a la información sobre delitos registrados y las personas involucradas, el INEGI (2015) registró que el 76% de las víctimas de violencia familiar fueron mujeres, y el 76% de los inculpados o imputados eran hombres.

De las mujeres que reportaron en el ENDIREH del INEGI (2017) haber vivido violencia por parte de sus parejas actuales, el 40.1% experimentó violencia emocional, 20.9% económica, 17.9% física y 6.5% sexual. Los estados que se encuentran con mayor prevalencia son los del Estado de México, la Ciudad de México, Aguascalientes, Jalisco y Oaxaca. Además, el 78.6% de las mujeres que fueron víctimas de violencia, no solicitó apoyo ni denunció, y entre los principales motivos por las que decidieron no hacerlo, se encuentra que ellas percibieron que fue algo sin importancia, tenían miedo de las consecuencias y por vergüenza.

Respecto a la situación de la violencia hacia las mujeres en el estado de Puebla, la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Puebla (2020) informa que, de acuerdo con datos proporcionados por la Fiscalía General del Estado, en mayo y junio del 2020 se denunciaron 900 casos de violencia contra la mujer. Y en los reportes de incidencia delictiva publicado por el Secretariado Ejecutivo del

Sistema Nacional de Seguridad Pública (2021), de enero a marzo, se han registrado 2073 casos de violencia familiar.

Es importante recordar que los casos denunciados, no necesariamente representa la cantidad de mujeres que han sido víctimas de violencia. Ya que como se mencionó anteriormente, algunas mujeres que han sufrido violencia por parte de su pareja no denuncian por diferentes motivos. Por lo tanto, es probable que haya más casos de violencia contra las mujeres de los que se encuentran registrados en el estado de Puebla.

De los datos expuestos, se puede observar que la violencia de pareja es un problema que afecta principalmente a las mujeres. Se puede también señalar que viven diferentes tipos de violencia, que hay consecuencias para la salud y que muy probablemente haya más mujeres víctimas de las que se encuentran registradas. A continuación, se expone información sobre qué es la violencia en la pareja, tipos de violencia, sus consecuencias y antecedentes en el diagnóstico neuropsicológico a mujeres que han sido víctimas de violencia.

2.3. Definición y tipos de violencia de pareja

La violencia, de acuerdo con la OMS (2021) es “el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte”. Por lo que la violencia es un acto de agresión hacia un individuo, que generan consecuencias en contra de su integridad.

El tema de violencia es tan amplio que incluso ha sido clasificado. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (2002) “divide a la violencia en tres grandes categorías según el autor del acto violento: violencia dirigida contra uno mismo, violencia interpersonal y violencia colectiva” (p.5). Aun dentro de estos tipos de violencia hay subcategorías. Sin embargo, en este estudio se dirigirá la atención hacia la violencia interpersonal. Este tipo de violencia, de acuerdo con la OMS (2002) contiene dos subcategorías: la violencia intrafamiliar o de pareja y la violencia comunitaria. Esta misma organización especifica que la violencia intrafamiliar o de pareja, como su mismo nombre lo indica suele ocurrir entre familiares o compañeros sentimentales, y es común que los actos violentos sucedan en los hogares. Por lo tanto, este tipo de violencia es ejercida por personas que son cercanos a la mujer que es víctima y en un espacio culturalmente asociado con la protección y el cuidado. Sin embargo, en este supuesto espacio de cariño es posible encontrar agresiones continuadas a lo largo del tiempo, que se generan por la indefensión de las víctimas y la impunidad percibida (Amor et al., 2002).

El problema de la violencia en la pareja es algo que ocurre en todo el mundo, y que hay poblaciones, principalmente las que han sido marginalizadas, que están en mayor riesgo de vivenciarla

(OMS, 2002). Aunque la OMS también reconoce que los hombres pueden ser violentados por sus parejas, la proporción de mujeres que han sido víctimas es desproporcionalmente mayor. Con esto el mensaje que se pretende comunicar no es que la violencia hacia los hombres deba ser justificada ni minimizada, ni que las victimarias deban ser protegidas, sino que se pretende señalar la preocupación de que este sea un problema vivenciado por una gran cantidad de mujeres. Por esto se afirma que es un problema de género, que es normalizado y justificado por ciertas creencias culturales.

Respecto a las ideas relacionadas con el género, Caricote Agreda (2008) encontró que padres de familia realizaban afirmaciones que revelaban las expectativas hacia los hombres y las mujeres; ellas debían estar en casa, con los hijos, ser tranquilas, verse bonitas, mientras que los hombres debían dominar. Con estos aprendizajes, “los estereotipos sobre como unos y otras deben comportarse, las experiencias que refuerzan la conducta estereotípica y la estructura social que apoyan la desigualdad de poder entre géneros ha contribuido a que se originen patrones de violencia a lo largo de nuestro ciclo vital” (Expósito, 2011, p.20). De forma que estos modelos de conducta esperados según el sexo asignado al nacer son aprendidos desde muy temprana edad y quienes no se ajusten a las expectativas, suelen ser violentados.

En México, la violencia por el incumplimiento de dichas expectativas puede verse ante las razones percibidas de la violencia por parte de mujeres que habían sido agredidas por su pareja, entre los cuales se encuentra: el maltrato como consecuencia de no haber cumplido obligaciones esperadas por el género, no cumplir con la vestimenta impuesta por parte del hombre, por celos o por verse como poco hombre ante una infidelidad y del supuesto deber de la mujer por tener relaciones sexuales, aunque ella no lo desee (Agoff et al., 2006) Se observa de este modo como el dominio del hombre sobre la mujer va dirigida a estas ideas y obligaciones a cerca de la feminidad, incluso las mismas mujeres establecen en sus discursos la correlación entre ciertas situaciones relacionadas con su rol como mujer y el maltrato que reciben. Estas expectativas relacionadas con el género se apoyan en desigualdades, colocando al hombre por encima de la mujer, “la hegemonía masculina se basa en el control social de lo femenino” (Rico, 1996). Por lo tanto, el hombre al ejercer violencia contra la mujer ejerce también poder sobre ella, en el caso específico de la relación de pareja puede hablarse incluso de una falsa idea de poseer el cuerpo de la mujer.

Existen distintos tipos de violencia que ejercen las parejas de las mujeres que han sido víctimas, los cuales son reconocidos por la ONU Mujeres (s.f.) y se mencionan a continuación:

- Violencia económica: control de los recursos financieros obstaculizando que ellas dispongan su dinero, impidiéndoles acceder a la educación o a el trabajo, con el objetivo de hacerlas depender de a nivel económico.

- Violencia psicológica: se genera miedo por amenazas a causar daño a algún ser querido, destruir pertenencias, aislamiento.
- Violencia emocional: se observa en acciones como crítica a la persona, insultos, dañar la relación que tiene con otras personas, infravalorar sus habilidades
- Violencia física: Uso de fuerza física que causa daño, como golpes, patadas, pellizcos, empujones, mordidas, dar cachetadas, quemarla, agarrarla, jalarle el cabello, negarle atención médica, obligar a consumir alcohol o drogas. Incluyendo daños a la propiedad.
- Violencia sexual. Cualquier tipo de acto sexual sin el consentimiento de la pareja. Incluye tocar físicamente a una persona, comentarios sexuales sobre su cuerpo o aspecto, pedir favores sexuales, miradas sugerentes, mostrar genitales, penetrar la vagina, ano o boca. Este tipo de violencia también se presenta a nivel discursivo, como normalización y justificación de la violencia sexual.

También puede existir la violencia patrimonial, en la que hay acciones como sustraer, destruir, impedir el uso de documentos y bienes, o incluso regalarlos o venderlos sin el consentimiento del dueño, lo cual afecta las propiedades o riquezas que posee un a persona (Zaldívar-Cerón et al., 2015).

Por lo tanto, la violencia de pareja puede presentarse en cualquiera de los ámbitos mencionados, en cualquier caso, es un acto por parte del hombre para ejercer poder sobre el cuerpo de la mujer y que se normaliza por los estereotipos de género. Habiendo definido violencia de pareja y los tipos de violencia, se pasará a las consecuencias de la violencia de pareja para las mujeres que han sido víctimas.

2.4. Consecuencias de la violencia de pareja

Se ha observado que la violencia de pareja tiene repercusiones para las mujeres. En el ámbito de la salud las consecuencias pueden ser físicas como lesiones, enfermedades o complicaciones en la salud reproductiva. Pero también puede presentarse en el área de la salud mental, donde las mujeres maltratadas suelen presentar ciertos síntomas psicopatológicos, o presentar alteraciones cognitivas a causa de lesiones cerebrales.

También puede haber consecuencias económicas en términos de gastos que las mujeres suelen hacer para acceder a ciertos servicios relacionados con la violencia que viven, o que se relacionan con efectos negativos a nivel laboral lo cual impacta en sus ingresos. En esta área se incluyen consecuencias a nivel social, debido al gasto público dirigido a los servicios que el estado ofrece a las mujeres.

Para entender un poco más sobre los distintos tipos de consecuencias, se profundiza a continuación un poco más en cada una de estas áreas.

2.4.1. Consecuencias físicas

Debido a que puede haber violencia física y sexual hacia una mujer por parte de su pareja, resulta evidente que existen lesiones físicas, “el 42% de las mujeres víctimas de violencia de pareja refieren alguna lesión a consecuencia de dicha violencia” (OMS, 2021). Sin embargo, más allá de lo que pueda resultar obvio, también existen otras consecuencias para la salud.

Se ha visto que las mujeres que han sido víctimas de violencia pueden presentar fibromialgia, trastornos gastrointestinales como síndrome de colon irritable, úlcera en el estómago, reflujo gástrico, dispepsia, estreñimiento, diarrea, dolor abdominal y pérdida del apetito, también se han reportado trastornos urinarios como infecciones renales, de vejiga y tracto urinario (Plazaola-Castaño & Ruiz Pérez, 2004). A nivel sexual y de salud reproductiva, tanto la OMS (2021), como Plazaola-Castaño y Ruiz Pérez (2004) mencionan que ante la violencia de pareja puede haber embarazos no deseados, coinciden también en que hay mayor riesgo de contraer Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), y en mujeres gestantes es probable que haya complicaciones en el embarazo, la OMS afirma que puede haber abortos provocados.

También en el caso de mujeres que han sido estranguladas, la revisión sistemática de Bichard et al. (2021), menciona que se han reportado disección arterial en arteria vertebral y arterias carótidas, además en 12 estudios de los 30 que revisaron, hubo signos de congestión venosa reportados, como petequias y hemorragia subconjuntival, también se observaron lesiones y reportes de infartos en ganglios basales, lóbulo frontal posterior izquierdo, frontoparietal izquierdo, infartos fronto-bilaterales, opérculo izquierdo, en ambos lóbulos cerebelares y área distal a la arteria cerebral posterior izquierda.

Es posible que las mujeres sean asesinadas o decidan suicidarse (OMS, 2021), por lo que la muerte es también una consecuencia de la violencia hacia las mujeres. Se ve entonces que las consecuencias físicas no solo se limitan a lesiones provocadas por las agresiones que pueden verse a simple vista, sino que también puede haber presencia de enfermedades somáticas, diferentes consecuencias para la salud sexual e incluso la muerte.

2.4.2. Consecuencias económicas y sociales

Se ha reportado que la violencia de género también provoca pérdida económica. Según mencionan Duvvury, Carney, y Huu Minh (2013), hay más de 30 estudios que se enfocan en las consecuencias económicas, las cuales suelen enfocarse en los costos de servicios, debido a que la violencia genera disminución de la productividad y menores ingresos. Por lo tanto, los costos son tanto a nivel social, como personal.

Se realizó un análisis de costos de la violencia hacia las mujeres en México. Relacionado con los gastos para el acceso a la salud, en Secretaría de Gobernación y Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (2017) se identificaron gastos relacionados con la atención legal, psicológica, médica, estudios clínicos, medicamentos, por convalecencia, transporte, arrendamiento de otra vivienda, por actividades de cuidado, por actividades del hogar, ingresos perdidos por faltar al trabajo, descuentos por retardos, deudas que dejó el agresor, alimentos consumidos en la calle y familiares que no recibieron ingresos. No es posible estimar el promedio de gastos debido a que las mujeres realizan gastos muy variados, por lo que la pérdida económica a nivel privada es difícil de calcular. Sin embargo, el estudio sí presenta el gasto público, se menciona que el costo del PIB en México por violencia hacia las mujeres en 2015 fue de 1.4%, en el que se sumó un total de 254,118,266,538 MXN. Sin embargo, los autores señalan que este gasto es por mujeres que han denunciado, debido a que hay mujeres que no denuncian por diferentes motivos, no se le ofrecen los servicios correspondientes, lo cual representa un ahorro para el Estado. Por lo que, si el total de mujeres que han sufrido violencia denunciaran, el gasto público sería aún mayor.

Ante esto se hace evidente que las consecuencias económicas son a nivel individual y social. Cabe mencionar que si bien es obligación del Estado brindar atención en todas las áreas necesarias para las mujeres que hayan sido víctimas de violencia, la prevención y erradicación de esta violencia representaría eventualmente el ahorro ante menores incidencias por este tipo de delitos y permitirá dirigir el dinero público a otro tipo de servicios (Secretaría de Gobernación & Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, 2017). Sin olvidar tampoco el coste económico que representa para las mujeres por los gastos que se mencionaron, y en general la vida libre de violencia representa el mantener una vida digna.

2.4.3. Consecuencias psicológicas

La violencia de pareja genera la presencia de psicopatología en mujeres que han sido víctimas. Se expone información relacionada con TEPT, depresión y ansiedad, pues son los trastornos psicológicos que han sido evaluados en distintos estudios con mujeres que han sufrido violencia por parte de sus parejas.

Respecto a los niveles de TEPT, depresión y ansiedad, es posible encontrar resultados diferentes según el tiempo en que fueron violentadas, el tipo de relación que mantienen con el victimario y las herramientas de apoyo con las que cuentan las mujeres. Por ejemplo, en el estudio llevado a cabo por Amor et al. (2002) en el que evaluaron a 212 mujeres víctimas de maltrato, se observó que el 46% de las mujeres maltratadas presentan TEPT, y en general las mujeres presentaban altos niveles de ansiedad, depresión y bajos niveles de autoestima. En el estudio se observó que las mujeres que continúan conviviendo con el agresor o llevaban corto periodo de tiempo separados, mostraban más

gravedad de TEPT, ansiedad y depresión; el TEPT era más grave si la violencia había ocurrido recientemente y si les habían forzado a tener relaciones sexuales, mientras que el nivel de depresión es más alto en mujeres que no denunciaron y que continúan viviendo con el agresor. Resultados similares se encontraron en el estudio de Valera y Berenbaum (2003), en el que se encontró una correlación positiva entre la severidad del abuso por parte de la pareja y la severidad de los síntomas de depresión y TEPT. Relacionado con la capacidad adaptativa, Amor et al. (2002) observaron que la dificultad para adaptarse a actividades cotidianas es mayor en mujeres que habían sufrido maltrato durante más años y que en su familia de origen había antecedentes de violencia.

En relación con el TEPT, García-Leiva et al. (2008) no encontraron diferencias significativas entre nivel de estrés y tipo de violencia que vivían las mujeres víctimas de maltrato, aunque quienes han sufrido violencia física, psicológica y sexual son quienes tienen mayor malestar. Se observó que las mujeres con mayor nivel educativo, con un trabajo y que han recibido apoyo de institución pública y de su familia, son quienes presentan menor puntuación, en comparación de quienes no tienen estas características. Lo cual coincide con los datos reportados por Amor et al (2002) en el que hubo una correlación negativa entre la carencia de apoyo social o familiar y la gravedad psicopatológica (TEPT, depresión y ansiedad).

Con respecto a la depresión, Hebenstreit et al. (2014) evaluaron a 94 mujeres que hubieran sido víctimas de violencia doméstica, abuso sexual o algún tipo de abuso antes de los 14 años, y encontraron una correlación positiva y significativa entre la cantidad de violencia vivida y los síntomas depresivos. Es decir que, a mayor número de situaciones de violencia experimentadas, había una severidad más alta de síntomas depresivos. En la sección de consecuencias neuropsicológicas se comentará sobre los resultados al analizar la relación entre la depresión y las FE.

En una muestra de 52 mujeres que vivían violencia crónica y que esta violencia solía ser severa, Roberts y Jung (2005) encontraron que psicopatología más frecuente es la depresión, el 86% de las mujeres deprimidas se encontraban medicadas, e incluso algunas habían pensado o intentado suicidarse, además el 100% de la muestra presentaba síntomas de ansiedad. En 14 artículos de 30 revisados por Bichard et al (2021) que se relacionaban con mujeres que habían sido estranguladas, se comenta sobre la psicopatología presente, entre los cuales está depresión, ansiedad, pensamientos suicidas, pesadillas, insomnio, TEPT, miedo generalizado, sensación de peligro, vulnerabilidad, disociación durante el ataque, negación del evento, vergüenza, hipervigilancia, síndrome post-concusivo y cambios de personalidad. Además, después del evento de estrangulamiento, las mujeres presentaban mayor conducta sumisa, aislamiento y mantenerse en casa más tiempo

Lo mencionado con anterioridad permite reconocer que los síntomas psicopatológicos aumentan de acuerdo con el tipo y severidad de la violencia, la vivencia simultánea de distintos tipos

de violencia y el continuar conviviendo con el agresor. Por otro lado, como factores de protección se encuentran las herramientas sociales y económicas que las mujeres tienen para enfrentarse a las situaciones violentas, y las mujeres que tienen acceso a esas herramientas presentan menor sintomatología.

Sin embargo, los niveles de diferentes psicopatologías no solo están relacionadas con factores externos, sino que también se ha encontrado una relación entre la gravedad del TEPT, depresión y ansiedad y alteraciones de ciertas funciones cognitivas. García Navarro et al. (2020) encontraron resultados similares a lo mencionado con anterioridad, la presencia de maltrato aumentaba los síntomas de ansiedad y depresión, también se encontró relación entre los niveles de TEPT y de ansiedad y depresión. Pero al realizar la evaluación neuropsicológica, encontraron que las mujeres que tienen alto nivel de TEPT presentan dificultad únicamente en la memoria de trabajo, lo cual explican debido a que la capacidad para mantener y manipular información disminuye ante elevados niveles de estrés. También observaron que, a mayores niveles de ansiedad, se presentaban menores puntuaciones en la memoria de trabajo, inmediata y visual inversa, por lo que hay una correlación negativa entre estas variables.

Otro estudio que demuestra la relación entre psicopatología y desempeño cognitivo es el realizado por Daugherty et al. (2021), en el que se observó que los resultados de los autorreportes de dificultades en funciones ejecutivas mostraron una correlación entre TEPT, severidad del abuso y depresión, y no se presentó correlación significativa entre el autorreporte de estas funciones cognitivas y la ansiedad, así como tampoco se encontró con la edad y la educación. Se entiende entonces que, en este estudio, el reporte de dificultades en funciones cognitivas no se explica por las variables edad, nivel educativo ni ansiedad, sino que, a mayor estrés, depresión y severidad de abuso, también habrá mayores dificultades percibidas en el desempeño neuropsicológico. A continuación, se expondrá más sobre consecuencias neuropsicológicas, sin embargo, es importante destacar hasta ahora la evidencia de que la violencia de pareja no solo provoca psicopatología, sino que esta psicopatología también está relacionada con alteraciones neuropsicológicas.

2.4.4. Consecuencias neuropsicológicas en víctimas de violencia

Como se mencionó con anterioridad, uno de los tipos de violencia es la física, que consiste en el uso de la fuerza para dañar a una persona. Algunas mujeres que han sido víctimas por parte de sus parejas reciben golpes en la cabeza, así lo menciona el metaanálisis de García Rueda y Jenaro (2019), el cual hace referencia a estudios de mujeres que han reportado golpes en esa parte del cuerpo. Como ya se sabe, los impactos recibidos en el cráneo provocan un efecto de golpe y contragolpe en el cerebro, que generan lesiones y hemorragias pequeñas, y los lóbulos frontales y temporales suelen resultar afectados (Ardila & Roselli, 2007). Los autores mencionan que los síntomas varían según la gravedad del

traumatismo, y las secuelas suelen ser alteraciones con la memorización, cambios conductuales y otros defectos cognoscitivos difusos, e incluso es posible perder la consciencia. Por lo que se puede esperar que las mujeres que han sido víctimas de violencia presenten alteraciones neuropsicológicas.

Diversos han sido los estudios que han investigado acerca de los efectos a nivel cognitivo de la violencia de pareja, que, aunque se menciona constantemente que estos son escasos, poco a poco va acumulándose el conocimiento en torno a esta problemática. Desde una perspectiva fisiológica, los cambios en mujeres que han sido víctimas de violencia se observarían en su estructura neuronal. En un estudio se observó que había una correlación negativa entre el puntaje de lesión cerebral y la Anisotropía Fraccional (AF) en la corona radiata superior y posterior, indicando que hay una alteración en la materia blanca ante lesión cerebral (Valera et al. 2018). En este estudio los autores no pueden establecer que la causa de esta alteración sea específicamente por violencia de pareja, pues también se puede deber a abuso en la infancia o síntomas psicopatológicos. Valera et al. (2018) encontraron una relación moderada entre el desempeño de funciones de aprendizaje y memoria con respecto a la AF en la corona radiata superior y posterior; sin embargo, hacen notar que debido a la poca especificidad de áreas corticales y subcorticales que conectan las fibras alteradas, el daño puede generarse en muchas áreas y en teoría también podrían presentarse alteraciones visoespaciales, de funciones de lenguaje y memoria de trabajo. Aunque como se mencionó, no es posible establecer si el efecto observado en la materia blanca sea causado por la violencia de pareja, los resultados observados en el estudio permiten explicar el estado fisiológico de la estructura neuronal, que inevitablemente se relacionará con el desempeño cognitivo, pues como sabemos las estructuras cerebrales son mediadoras del funcionamiento cognitivo.

Ante la posibilidad de golpes en la cabeza y la consecuencia de lesión, la investigación de Jackson et al. (2002) evaluó a un grupo de 53 mujeres víctimas de violencia que asistían a un refugio para mujeres, entre las que reportaron haber perdido la consciencia por los golpes recibidos, 95% tenía síntomas del síndrome post contusivo y 68% de las que no perdieron la consciencia presentaban también este síndrome. Entre los síntomas que reportaron la mayoría de las mujeres, se encontró distraibilidad, olvidos, dolores de cabeza y dificultad para concentrarse, poner atención, recordar cosas y para hacer más de una cosa al mismo tiempo. En sus análisis, Jackson et al. (2002) señalan que hay una correlación positiva entre la cantidad y frecuencia de los golpes y la gravedad de los síntomas. Por lo que, a mayor número de golpes recibidos, y entre más se repitan los episodios de violencia hacia ellas, los síntomas empeoran. Ante esta situación, se hace necesario evaluar las funciones neuropsicológicas de las mujeres que han sido víctimas de violencia. A continuación, se presentan algunos efectos neuropsicológicos que se han observado al evaluar a mujeres maltratadas.

Con respecto a las funciones cognitivas, García Navarro et. al. (2020) observaron que las mujeres que han sido víctimas de violencia presentan un “peor rendimiento en tareas de atención alternante, memoria inmediata, memoria visual directa e indirecta” (p.42) al ser comparadas con las mujeres del grupo control. Un resultado similar se encontró con las mujeres que participaron en el estudio de Valera y Berenbaum (2003), en el que ellas reportaban problemas de memoria, atención y concentración, lo cual puede ser explicado por el resultado obtenido respecto a las alteraciones de las habilidades cognitivas debido a lesiones cerebrales provocadas por la violencia que vivían.

Del mismo modo, al evaluar y comparar a mujeres maltratadas y un grupo control, Deering et al. (2001) observan que más de la mitad de las mujeres del primer grupo obtuvieron puntuaciones en el rango de deterioro en las pruebas Índice de Deterioro de Halstead-Reitan y en la Prueba de Escaneo Neuropsicológica Rápida, haciendo notar que ninguna mujer del grupo control obtuvo puntuación en rango de deterioro. Los autores comentan sobre la necesidad de conocer si la puntuación de deterioro es consecuencia de una lesión cerebral o por malestar emocional, ya que ambas son situaciones que pueden repercutir en las funciones cognitivas. Se observan en estos estudios resultados similares en grupos de mujeres maltratadas, aun, en estudios de caso, mujeres que han sido víctimas de violencia también presentan sintomatología como la que se ha expuesto.

Ilustrando lo que se mencionó anteriormente, en 4 casos revisados de mujeres que han sido víctimas de violencia (Ackerman & Banks, 2003; Banks & Ackerman, 2002; Marín Torices et al. 2016), al ser evaluadas, todas presentaron alteraciones en la memoria (algunas presentaron alteración en la memoria episódica visual y verbal lo cual dificultaba adquirir nuevos aprendizajes, en la memoria de trabajo para almacenar y manipular información y en la memoria a corto plazo); 3 de los 4 casos presentaban alteraciones en la atención y concentración, dificultad en el procesamiento de emociones; en 2 casos se presentaron dificultades para resolver problemas lógicos, en la percepción visual, una de ellas incluía alteración en la discriminación y otra en la coordinación visomotora, en áreas de lenguaje una mujer presentaba habla telegráfica y otra dificultades para acceder al repertorio léxico, en la lectura, escritura y seguimiento de instrucciones. Además, en estos estudios se observó sintomatología neuropsicológica específica en cada mujer, entre los síntomas que presentaban se encontraba: pensamiento concreto lento, impulsividad, falta de criterio, dificultad para inhibir respuestas, en la flexibilidad y razonamiento abstracto, y alteración en la inteligencia.

En una investigación citada en la sección sobre psicopatología, se mencionaba sobre la presencia de depresión en las mujeres que han sufrido maltrato, en esta, al analizar la relación entre depresión y desempeño en tareas cognitivas, Hebenstreit et al. (2014) no encontraron correlación; sin embargo, sí se encontró correlación positiva entre síntomas depresivos y desempeño en memoria de trabajo relacionado con estímulos negativos, por lo que las mujeres eran más propensas a recordar

palabras negativas. Por otro lado, hubo una correlación negativa entre depresión y la capacidad de recordar palabras positivas.

Resultados similares se observaron en un estudio que se encontraba aun en ejecución, en el que se incluyeron a 120 mujeres que habían sufrido distintos tipos de violencia, al realizar una prueba de Stroop para medir la velocidad de respuesta ante palabras de contenido emocional positivo, negativo, de relaciones de pareja, de maltrato y neutral, encontraron que las mujeres que han sido víctimas de violencia “muestran un bajo tiempo de reacción ante palabras negativas y de maltrato” (Hidalgo-Ruzzante, et al., 2012). En ambos estudios se observa una reacción similar ante palabras amenazantes, aunque en uno de estos las mujeres obtuvieron resultados que indican niveles de depresión, ambas investigaciones incluyen mujeres víctimas de violencia. Mientras que Hebenstreit et al. (2014) relacionan sus resultados con la evidencia de que las personas depresivas tienden a enfocarse más en información negativa, Hidalgo-Ruzzante et al. (2012) explica que hay una posible necesidad por parte de las mujeres que han sido víctimas de mantenerse más atentas ante estímulos amenazantes. Debido a que ambos comparten la característica de tener mujeres víctimas de maltrato, es posible que la respuesta que hubo ante palabras negativas esté relacionada con la violencia que han vivenciado, y que la depresión haga más evidente esta reacción.

En el estudio realizado por Roberts y Jung (2005) se analizaron 52 casos de mujeres que sufrían maltrato crónico y muchas de ellas sufrían eventos severos de abuso de manera frecuente extendiéndose por varios años. En todos los casos se reportaron síntomas asociados con Lesión Cerebral Traumática Leve, siendo las más frecuentes: contusiones, pensamientos intrusivos (flashbacks) y dificultades para dormir. En algunos casos hubo dolores de cabeza, dificultad para respirar, pérdida del apetito y de peso. Las pesadillas relacionadas con los episodios de maltrato también estaban presentes, y muchas mujeres reportaban sentirse sofocadas, lo cual se relaciona con incidentes en los que el hombre estrangulaba a la mujer hasta desmayarse.

En relación con los tipos de violencia, Daugherty et al. (2019), realizaron 3 grupos: el grupo control, grupo de violencia psicológica y grupo de violencia física y psicológica. En este no se encontraron diferencias significativas con relación a la edad en los grupos de violencia psicológica, violencia física y psicológica y grupo control, sin embargo sí se encontró diferencia estadística entre los grupos con relación al nivel educativo, por ese motivo esta fue sustraída utilizando regresión lineal. Daugherty et al. (2019) observaron que en las variables neuropsicológicas, las mujeres que sufrieron violencia física y psicológica tuvieron menor desempeño en habilidades visomotoras, atención, inhibición, planeación, razonamiento y toma de decisiones, en comparación con las mujeres del grupo control. Comparadas con el grupo control, las mujeres que sufrieron solo violencia psicológica tenían diferencias en el desempeño de atención y toma de decisiones. Y entre los grupos de mujeres que han

vivido violencia, las mujeres que pertenecían al grupo de violencia física y psicológica mostraban menor desempeño en la variable de flexibilidad cognitiva.

Puede observarse mediante los resultados que tanto la violencia física y psicológica combinada, como la violencia psicológica por sí misma, provocan alteraciones en el desempeño neuropsicológico, por este motivo los autores mencionan que es muy importante no tratar de forma insignificante la atención de mujeres que han vivido únicamente violencia psicológica. Además, en el estudio de Daughery et al. (2009), se encontró en relación con la severidad de los déficits, que una cuarta parte de las mujeres que sufrieron violencia de pareja tenían alteraciones leves, y el 5% de ellas tenían alteraciones severas, entre las funciones alteradas con mayor frecuencia se encontraron la memoria y las funciones ejecutivas. Entre las mujeres que vivieron únicamente violencia psicológica, el 8% tenía dificultades en el razonamiento, memoria verbal, atención y habilidades visomotoras.

En algunos estudios no se han empleado pruebas neuropsicológicas formales, pero se utilizaron autorreportes para informar sobre la experiencia de las mujeres sobre su funcionamiento cognitivo. En el caso de Daugherty et al. (2021), se trabajó con 81 mujeres que acudían a servicios de atención social y psicológica, y las mujeres reportaron haber tenido problemas para concentrarse con mayor frecuencia, seguido de dificultades para comprender información y de atención. Ellas reportaban más problemas en funciones cognitivas en los últimos 7 días a diferencia de su desempeño en el momento de la evaluación.

Por otro lado, usando la prueba HELPS, para identificar posibles lesiones cerebrales en mujeres que hayan sido violentadas, se observó que, en una muestra de 225 mujeres, el 80% de ellas habían tenido impactos en la cabeza y de este porcentaje 68% explicaron las causas, entre estas se encontraban accidentes de automóvil (29%), accidente con un vehículo sin motor (39%) y violencia interpersonal (68%), sumando más del 100% porque algunas mujeres sufrían más de una; además 13% un mujeres que habían sido golpeadas en la cabeza o perdido la consciencia durante un episodio de violencia de pareja (Gagnon & DePrince, 2017). Los autores también encontraron que el total de las mujeres que habían recibido golpes en la cabeza habían experimentado y experimentaban actualmente y con frecuencia en promedio 3 síntomas postcontusivos, entre los cuales se encuentran: dolor de cabeza, dificultad para recordar cosas, dificultad para encontrar las palabras adecuadas, problemas para concentrarse, perder cosas, distraerse con facilidad, olvidos, dificultad para poner atención, mareos, dificultad para seguir instrucciones, etc.

En la revisión sistemática de efectos de estrangulamiento realizado por Bichard et al. (2021), se vio que los estudios mostraban efectos neurológicos y neuropsicológicos en mujeres que fueron violentadas, se describen a continuación los datos recopilados por estos autores. A nivel neurológico se reportó que entre el 8.9 y 38% de los intentos de estrangulamiento, hubo pérdida de consciencia, y

que hubo algunas alteraciones en la visión, disartria, disfonía, dolor de cabeza, dificultad para respirar, parálisis facial o de las extremidades, incontinencia fecal o urinaria, aturdimiento, mareos, dificultad para tragar, debilidad en extremidades, temblores, disfasia, coma, convulsiones, ataxia, confusión, vómito y mareos. En estudios donde se realizaban seguimientos, los síntomas que continuaban era dolor, zumbido en el oído, cambios de visión, parálisis, dolor de cabeza, cambios en la voz y sensoriales, dificultad para tragar, incontinencia, caída facial, mareos, dificultad para respirar, espasmos musculares y convulsiones. A nivel cognitivo en algunos estudios se mencionó que había dificultad en la memoria, un estudio de caso refiere que se presentó amnesia y en el 22% de registros policiacos se reportaba problemas de memoria y habla lenta. También hubo un estudio en el que dos mujeres mencionaron haber experimentado inmovilidad traumática, en el que las víctimas no intentaron escapar a pesar de que el agresor las llevó a la vía pública, el cual puede ser explicado por temor, agnosia o falta de iniciativa para la acción. En este párrafo se nos recuerda que la violencia toma muchas formas, y que al unirse con lo revisado, tanto la violencia física, como golpes e intentos de asfixia, tienen graves consecuencias para las mujeres que son violentadas.

Ante lo que se ha encontrado en distintas investigaciones de evaluación a mujeres víctimas de violencia, se puede entender de mejor manera, que es posible, como menciona Banks y Ackerman (2002), que las mujeres tengan dificultad para recordar algunas cosas, o para aprender las estrategias que se enseñen en terapia y por lo tanto que haya dificultad para aplicarlas en su vida diaria. Los autores comentan que los terapeutas suelen tomar estos olvidos como una actitud poco cooperativa por parte del cliente, sin embargo, tomar en cuenta que estas dificultades pueden ser ocasionadas por una alteración neuropsicológica causada por una lesión cerebral, permite entender el origen del síntoma y dar una atención holística al paciente para que pueda beneficiarse de este servicio de la mejor manera posible.

Es importante hacer notar que, tanto en los estudios con muestreo, como los estudios de caso que se han presentado, hay una variedad de síntomas neuropsicológicos, de modo que en algunas mujeres ciertas funciones se encontrarán alteradas y otras preservadas. Por lo que cada caso es único, sin embargo, todas ellas tienen en común el haber sido víctimas de violencia, lo cual señala la importancia de llevar a cabo una evaluación neuropsicológica a las mujeres que han sufrido agresiones, para conocer su estado cognitivo y hacer una rehabilitación adecuada a las necesidades de cada una. Lo cual permitirá que ellas se beneficien más y mejor de otros acompañamientos que puedan estar recibiendo, como en el caso de la terapia psicológica.

2.5. Neuropsicología desde la perspectiva Histórico-Cultural

La neuropsicología es una ciencia encargada de estudiar la relación entre la conducta y el cerebro, se debe conocer el funcionamiento y la estructura del SNC, y definir cuál es la labor del cerebro en relación

con las conductas, lo cual se logra relacionando las alteraciones de las estructuras cerebral con la forma en que se presenta el comportamiento (Bausela Herreras, 2006). Ante esto se deduce que el sistema nervioso es la estructura que permite la realización de las acciones, y frente a una lesión podemos observar la alteración del funcionamiento y deducir de qué manera la estructura que se ha dañado participaba en la conducta. En cualquier introducción al concepto de la neuropsicología se menciona siempre esta característica esencial, pero como menciona Solovieva et al. (2019), es sumamente importante conocer la relación entre los procesos psicológicos o la mente y el cerebro, que es el elemento fisiológico de estos. La posibilidad de establecer a partir del análisis de las lesiones de que ciertas áreas cerebrales cumplen determinados roles en las actividades ha sido tan eficiente que al día de hoy se sabe lo expuesto por Luria & Artem'eva (1970) acerca de que el oído fonemático es posible gracias a la región temporal del hemisferio izquierdo, en la regulación y control se involucra el lóbulo frontal y la percepción estructuras espaciales simultáneas integrando información visual y táctil es posible por la participación del área parieto-occipital. Esto por la premisa básica de que la conducta se da gracias a su base fisiológica, sin embargo, también se debe tomar en cuenta el contexto en el que se desenvuelve el individuo, que tiene un papel determinante en el desarrollo de las funciones psicológicas. Todo lo expuesto reafirma que la base de la conducta es el sistema nervioso, sin embargo, también es necesario tomar en cuenta que el contexto juega un papel fundamental en el desarrollo de las funciones psicológicas superiores.

El aspecto social en la formación de las funciones psicológicas es tomado en cuenta en la perspectiva Histórico-Cultural, cuyas bases se encuentran en los postulados de Luria y Vigotsky. Uno de los aspectos que son más relevantes para la neuropsicología soviética es que los procesos psicológicos superiores se forman a partir de la experiencia del individuo, que se encuentra en circunstancias sociales determinadas. Así lo menciona Quintanar Rojas (2002) al señalar que el contexto desarrolla las funciones psicológicas y sus estructuras. Por lo que, de acuerdo con el autor, entender las funciones psicológicas superiores se puede lograr observando las condiciones histórico-sociales en las que el individuo se desenvuelve. Esto es destacado por diversos autores, se entiende que el desarrollo de las funciones psicológicas se da a partir de las interacciones sociales, más que en relación con lo biológico (Talizina et al. 2010), las experiencias del sujeto, y la relación con otros permite integrar el lenguaje, los procesos psicológicos superiores se construyen a través de la cultura, el contexto económico y educativo impactan sobre la manera en que se establecen las habilidades perceptuales, de memoria y solución de los problemas (Bausela Herreras, 2006). Aunque es verdad la estructura cerebral es la base de las funciones psicológicas, para que estas se desarrollen, se requiere de estímulos externos, los cuales los proporcionan las relaciones con los objetos y las personas, quienes se encuentran dentro de un contexto cultural, y como indica Xomskaya (2002), la función psicológica superior tiene la característica de que surge a lo largo de la vida. Las funciones psicológicas

superiores, las cuales rigen nuestra actividad, se encuentran fuertemente influidas por nuestro contexto, por lo tanto, podemos confirmar que para la conducta no solo es necesaria la base fisiológica, la experiencia en un contexto social también es determinante.

Aunque la génesis social de las funciones es sumamente importante, no se puede dejar de lado la estructura cerebral, que como ya se ha mencionado, es la base de la actividad. En cuanto al aspecto fisiológico de las funciones psicológicas superiores, Xomskaya (2002) afirma que estas estructuras son “altamente diferenciadas, unidas en diversos sistemas de interacción entre ellas” (p.132), y agrega que la conexión se establece tanto a nivel cortical como subcortical. Esta conexión entre las áreas cerebrales es lo que forma un sistema funcional complejo, y es uno de los conceptos más importantes al momento de entender el desempeño de las funciones psicológicas superiores que, si se llevan a cabo mediante la participación de distintas estructuras, entonces se comprende que ninguna función puede ubicarse en un área específica del cerebro. De hecho, Solovieva et al. (2019) indica que las funciones no se dan por el trabajo de una zona específica, sino que es gracias a la activación y coactivación de áreas diferenciadas y relacionadas jerárquicamente, por lo que el proceso psicológico se da gracias a la participación de los centros en un sistema complejo y dinámico.

En palabras de Luria (2019), el sistema funcional “se apoya en una constelación dinámica de eslabones, situados en diferentes niveles del sistema nervioso” (p.25), menciona también que estos eslabones también pueden cambiar, incluso si la tarea se mantiene igual. Como ejemplo, el autor habla sobre el acto motor, el cual es posible debido a la participación de múltiples eslabones diferenciados e interconectados, cada uno aportando un rol específico, de modo que la función motora no puede atribuirse a un área cerebral determinado. Luria (2019) expone que, en un sistema funcional complejo, la localización de las funciones no se determina en un área cerebral específica, de lo que puede hablarse sería de formaciones del sistema nervioso que se integran al sistema funcional para participar de manera específica en la ejecución de ciertas tareas, de modo que además un mismo eslabón puede participar en sistemas diferentes para llevar a cabo distintos tipos de funciones. En síntesis, los eslabones aportan algo en específico al sistema funcional para la realización de las tareas, cada uno de los eslabones implicados se activan formando una red que permite el adecuado desempeño de las funciones y además estos eslabones pueden integrarse en distintos sistemas funcionales y por lo tanto participar en la realización de diferentes tipos de tareas.

Queda claro que en un sistema funcional complejo diversas áreas cerebrales altamente especializadas en ciertas funciones se activan e interconectan, y cada una de estas áreas cumple un papel específico que permite que el desempeño se realice de manera eficiente (Luria & Artem'era, 1970). Los eslabones, o factores indican que hay un área cerebral que está especializada y realiza cierto trabajo en específico, pero en el concepto de factor debemos también tomar en cuenta distintas

consideraciones: el factor no se reduce a su estructura fisiológica, pues por sí misma la estructura no es suficiente para llevar a cabo la tarea; tampoco es suficiente un factor para la realización de una tarea, por este motivo es que se involucra en el sistema funcional complejo; aunque no es posible localizar funciones en áreas determinadas del cerebro, lo que se puede localizar son los factores (Quintanar Rojas & Lázaro, 2009).

Teniendo en cuenta estas características del factor, así como la importancia de su participación en el sistema funcional, la Tabla 1 presentada por Quintanar Rojas y Lázaro (2009) expone cada uno de los factores, su localización y aportación al sistema funcional.

Tabla 1

Factores, localización y aportación del sistema funcional.

Factor	Aportaciones	Zona cerebral
Programación y control	Proceso de ejecución de una tarea de acuerdo con el objetivo (instrucción o regla) establecido.	Zonas prefrontales
Organización secuencial de movimientos y acciones	Paso fluente de un movimiento a otro, inhibe el eslabón motor anterior para el paso flexible al eslabón motor posterior	Zonas premotoras
Oído fonemático	Diferenciación de sonidos verbales del idioma dado de acuerdo con las oposiciones fonemáticas	Zonas temporales del hemisferio izquierdo o derecho para algunos idiomas
Análisis y síntesis cinestésica	Sensibilidad táctil fina, así como la precisión de posturas y poses; en la articulación del lenguaje garantiza la diferenciación de los sonidos verbales de acuerdo con el punto y modo de su producción motora	Zonas parietales del hemisferio izquierdo
Retención audio-verbal	Estabilidad de las huellas mnésicas (volumen de percepción) en la modalidad audio-verbal en condiciones de interferencia homo y heterogénea	Zonas temporales medias del hemisferio izquierdo
Retención visual	Estabilidad de las huellas mnésicas (volumen de percepción) en la modalidad visual en condiciones de interferencia homo y heterogénea	Zonas occipitales
Perceptivo analítico	Percepción y producción adecuada de rasgos esenciales y su ubicación y las relaciones espaciales entre los elementos de la situación	TPO hemisferio izquierdo

Perceptivo global	Percepción y producción adecuada de la forma general, de los aspectos métricos y las proporciones de objetos	TPO hemisferio derecho
Fondo general de activación inespecífico (tono cortical)	Fondo y estabilidad de la ejecución de la acción	Estructuras subcorticales amplias, formación reticular
Fondo general emocional inespecífico	Fondo y estabilidad emocional	Estructuras mediobasales

Nota. Citado textualmente de Quintanar Rojas & Lázaro (2009).

Como se puede observar en la tabla, cada uno de los eslabones o factores se encuentran ubicados en ciertas áreas cerebrales y realizan una aportación específica. Estas aportaciones en conjunto dan como resultado un funcionamiento psicológico superior, y así es como va quedando claro que las funciones no se localizan, pues estas son posibles gracias a la participación de múltiples áreas cerebrales:

“ninguna función está ligada con la actividad de un solo centro nervioso, sino que representa la actividad de diversos centros nerviosos estrictamente diferenciados y jerárquicamente vinculados entre sí. Por otro lado, la función del cerebro como un todo no se integra de la actividad conjunta indiferenciada de todos los centros nerviosos, sino que es el resultado de la actividad integral de las funciones diferenciadas y jerárquicamente organizadas” (Quintanar Rojas, 2002, p.20).

Esto quiere decir que una sola función no está subordinada a un área específica del sistema nervioso central, pero tampoco el sistema nervioso entero se activa simultáneamente, sino que múltiples centros se vinculan y participan en la realización de la función.

A partir de la comprensión del sistema funcional complejo, es importante mencionar que ante una lesión la función no se pierde por completo, sino que “la lesión afecta a uno de los eslabones (factor) del sistema funcional, el cual altera no sólo a una función psicológica, sino a todas aquellas que incluyen a dicho factor” (Quintanar Rojas & Lázaro, 2009, p.256). Esto debido a que la lesión ha dañado la base fisiológica que permitía un rol específico en el sistema funcional, sin embargo, esa zona cerebral no solo se integra en el sistema funcional para la realización de una función, sino que todas aquellas funciones que se realizan gracias a ese factor también estarán alteradas. Esto se conoce como efecto sistémico que, palabras de Quintanar Rojas & Lázaro (2009), “[la afectación]se manifiesta en todos aquellos sistemas funcionales que requieran del factor alterado” (p.256). Y aunque las lesiones en determinadas áreas cerebrales alteran las funciones, la alteración de la función no es señal de que esta se encuentre localizada donde ha ocurrido la lesión (Luria, 2019). Esto resulta obvio después de haber entendido que, si las funciones psicológicas superiores no pueden localizarse en un área porque se

realizan mediante el sistema funcional, ante la lesión la alteración de las funciones tampoco puede ser explicada por la localización. Una explicación que coincide con los principios del sistema funcional complejo es que la lesión de determinada zona provoca la pérdida de un eslabón que participaba en el sistema funcional, desintegrando el sistema (Luria, 2019).

Debido a que no es posible localizar la función, la localización de la lesión estaría más relacionado con la alteración de algún(os) eslabón(es) involucrado(s) en la función. Por este motivo lo que debemos observar es el factor que subyacente, siendo esta la alteración primaria, mientras que la alteración secundaria tendría que ver con la forma en que se desintegra el sistema funcional en el que participaba dicho factor, de modo que, al momento de realizar la evaluación, debemos observar de qué manera los síntomas se relacionan con el factor subyacente (Quintanar Rojas, 2002). Cuando ocurre una lesión en cualquier área del sistema nervioso central, ocurre un defecto primario que implica que un rol específico se ha desorganizado, lo cual genera un defecto secundario, en el que se altera el proceso normal de la actividad mental (Luria & Artem'era, 1970). En síntesis, el sistema funcional complejo se forma con la activación y conexión áreas cerebrales altamente especializadas que contribuyen de manera específica, esta es la base fisiológica de la función psicológica. Por lo tanto, la lesión, al afectar fisiológicamente un área del cerebro, inevitablemente interrumpe la contribución que dicha área aportaba al sistema funcional complejo, generando una desorganización y por lo tanto la actividad psicológica no se lleva a cabo adecuadamente. El defecto primario es la pérdida de la tarea realizada por el área cerebral lesionada, y el defecto secundario es la consecuencia de esta pérdida en el sistema funcional complejo.

Para ejemplificar esto, Luryia & Artem'era (1970) mencionan que la lesión en la corteza temporal izquierda provoca una alteración en el oído fonemático, siendo este el defecto primario, y como defecto secundario, habrá una alteración en todas las tareas que impliquen el funcionamiento del oído fonemático, como la escritura o el habla, pero es importante tomar en cuenta que si el oído fonemático no es necesario en ciertas funciones como el cálculo o la orientación espacial, estas no resultarán afectadas. Aunque en este ejemplo, la escritura y el habla se afectan si oído fonemático se altera, estas funciones pueden resultar afectadas si se altera cualquier otro eslabón que participe en el sistema funcional, sin embargo, los defectos se presentarán de manera diferente según el eslabón que se ha afectado. Solovieva et al., (2019) explica que, en el modelo de Luria, cada uno de los sectores que se vinculan en el sistema funcional complejo aportan de una manera específica al sistema, y cuando uno de estos sectores se alteran, también se altera el sistema, pero el cambio ocurre de acuerdo con el tipo de contribución que el elemento alterado aportaba al sistema.

Por lo tanto, las funciones pueden alterarse por la pérdida de distintos factores, pero la forma en que se manifiestan los síntomas son distintos debido a que el rol que desempeñaba en el sistema

funcional era muy específico. Es por esto que, los síntomas tendrán “características cualitativas en función del eslabón lesionado y de los defectos primarios que causaron el trastorno de todo el sistema funcional” (Luria, 2019, p.88). Esto es a lo que se le llama análisis sindrómico, se analiza el defecto por la lesión cerebral local y su relación con la alteración sistémica secundaria y permite describir síntomas en un trastorno mental, además estos síntomas deben ser comparados entre sí para realizar una interpretación adecuada sobre la causa del trastorno (Luria & Artem'era, 1970). La necesidad de tomar en cuenta todos los síntomas surge a partir de lo mencionado con anterioridad, una misma función puede resultar alterada por distintos motivos. Como ejemplifican Luria & Artem'era (1970), la dificultad para repetir fonemas similares puede darse por una incapacidad de reconocer sonidos, para articular, inercia patológica en los movimientos, por lo que solo observando en qué presenta problemas y qué es lo que el paciente puede hacer adecuadamente, es que se puede establecer cuál es el defecto primario.

Ante una lesión, la dificultad en las funciones psicológicas superiores se relaciona con el eslabón o eslabones afectados, y los síntomas tienen características que permiten establecer cuál es el efecto primario, es decir la causa de la disfunción. Bajo este enfoque, la evaluación se realiza observando el desempeño del paciente y realizando un análisis cualitativo de los resultados obtenidos, esto permite identificar cual es el factor que provoca la alteración (Quintanar Rojas & Lázaro, 2009), además durante la evaluación de acuerdo con Solovieva et al. (2019), la localización del mecanismo subyacente es posible debido a que el neuropsicólogo observa las dificultades que tiene el paciente para realizar determinadas tareas son errores que aparecen constantemente, lo que permite identificar el factor que participaba en la función, lo cual no es posible mediante el análisis cuantitativo ni la descripción del caso.

Cuando la evaluación neuropsicológica, la descripción, análisis y cualificación de los síntomas se realiza de esta manera, es posible reconocer los eslabones alterados, y con esto incluso hacer una hipótesis a cerca de la ubicación de la lesión, pues se debe recordar, los eslabones pueden ser localizados. En palabras de Luria (2019):

“el análisis de todo el síndrome permite elevar en grado considerable la probabilidad de la suposición acerca de la localización del foco de la lesión, que se podría hacer al constatar un solo síntoma. Por eso, la calificación del síndrome, en conjunto, es una etapa indispensable en el análisis clínico de las perturbaciones de las funciones corticales superiores en los casos de lesión focal en el cerebro” (p.92)

El neuropsicólogo, según Luria & Artem'era (1970), compara diversas funciones psicológicas, establece cuáles se encuentran preservadas o alteradas, y entre más síntomas detecte y correlacione, tendrá una hipótesis más adecuada sobre la causa del trastorno, tomando en cuenta que describir los

síntomas no es suficiente, se necesita realizar un análisis cualitativo de todos los síntomas el cual se debe realizar cuidadosamente, para establecer cuál es el mecanismo subyacente.

2.6. Antecedentes de evaluación neuropsicológica a mujeres víctimas de violencia

Las investigaciones revisadas que han evaluado aspectos neuropsicológicos en mujeres que han sido víctimas de violencia, además de usar pruebas neuropsicológicas, suelen usar pruebas para observar la presencia de psicopatología y entrevistas relacionadas con el tipo y frecuencia de la violencia.

Para recabar información sobre el tipo y la frecuencia del maltrato que han experimentado las mujeres por parte de sus parejas, se han utilizado el Perfil de Salud de Nottingham (PSN), Revised Conflict Tactic Scale (CTS2) (Marín Torrices et al., 2016), en el estudio de Daugherty et al. (2020) se utilizó Composite Abuse Scale Short Form, en un estudio realizado en España se utilizó el Index of Spouse Abuse versión española (García Navarro et al, 2020), en otra investigación los autores crearon su propio instrumento tomando ítems del Conflict Tactics Scale y el Severity of Violence Against Women Scale (Valera & Berenbaum, 2003), aunque también ha habido investigaciones en las que estas pruebas se han utilizado completas, en el caso del Conflict Tactics Scale fue aplicada con Fedele et al. (2018) y Daugherty et al. (2018) y el Severity of Violence Against Women Scale la aplicó Zapata Yance (2016). También para medir el conflicto en las relaciones de pareja, Ganon & DePrince (2017), y Marín Torrices et al. (2017) aplicaron la Revised Conflict Tactics Scale.

Las entrevistas semiestructuradas o estructuradas para evaluar los tipos de violencia también suelen ser utilizadas, (Marín Torrices et al., 2016; Marín Torrices et al., 2017; Amor et al., 2002; Deering et al, 2001; Daugherty et al., 2019), se ha visto que se han adaptado entrevistas para víctimas de maltrato doméstico (García-Leiva et al., 2008) también se encontró que las entrevistas pueden realizarse por etapas, en un primer momento se hacen preguntas para la descripción de victimización desde delitos como el robo hasta la violación y en la siguiente etapa se hacen preguntas detalladas para profundizar en las experiencias que las mujeres afirman haber vivido (Hebenstreit et al., 2014). En el caso de Roberts & Jung (2008), se realizó el análisis de entrevistas exhaustivas a mujeres de un estudio exploratorio previo, enfocándose en información relacionada con descripción del maltrato, los incidentes de maltrato más severos, y las consecuencias físicas y psicológicas más severas. Por lo tanto, para investigar las características del tipo de maltrato que han sufrido las mujeres pueden usarse cuestionarios que ya han sido diseñados, o rescatar algunos ítems de cada cuestionario para crear uno que se ajuste a las necesidades de la investigación, así como también pueden crearse adaptaciones de entrevistas para esta población. La información que suele obtenerse está relacionada con la frecuencia, severidad y tipo de violencia, así como áreas del cuerpo que las parejas han lastimado. Esto último es de especial interés para la investigación y deberá ser tomado en cuenta, sobre todo con

respecto a golpes en la cabeza e intentos de asfixia, debido a la posibilidad de lesiones cerebrales que esto puede causar.

Como se mencionó en la sección de consecuencias psicológicas, se ha observado que síntomas psicopatológicos están relacionados con la alteración de ciertas funciones cognitivas. Por lo que, la evaluación psicopatológica también ha sido importante en diversos estudios de evaluación neuropsicológica a mujeres víctimas de violencia de pareja. Investigaciones que han trabajado con esta población suelen medir depresión, ansiedad y TEPT.

Para medir la sintomatología depresiva se ha usado el Inventario de Depresión de Beck, (García Navarro et al, 2020; Amor et al., 2002; Hebenstreit et al., 2014), la Escala de Valoración de la depresión (Amor et al., 2002) y el Patient Health Questionnaire Depression Subscale [PHQ-9] (Daugherty et al., 2020). Para medir síntomas relacionados con la ansiedad y/o el estrés se ha utilizado Cuestionario de Ansiedad Estado (García Navarro et al, 2020), Escala de Estrés Percibido, Escala de Apreciación del Estrés, índice de reactividad al estrés, (Hidalgo-Ruzzante et al., 2012) Escala de gravedad de los síntomas de TEP (Hidalgo-Ruzzante et al., 2012; Amor et al., 2002; García-Leiva et al., 2008), Escala de Diagnóstico Postraumático (Hebenstreit et al., 2014), nivel de cortisol salivar (Hidalgo-Ruzzante et al., 2012; Zapata Yance, 2016) Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (Amor et al., 2002), Generalized Anxiety Disorder [GAD-7] y PTSD checklist for the DSM-5 [PCL-5] (Daugherty et al., 2020), Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-IV-One-Week Symptom Status Version, Mood and Anxiety Symptom Questionnaire-Short Form, y Penn State Worry Questionnaire (Valera & Berenbaum, 2003).

Otros elementos relacionados con la salud mental que se han evaluado han sido el nivel en que la vida cotidiana se ha afectado y el grado de satisfacción propio, utilizando para eso la Escala de Inadaptación y la Escala de Autoestima respectivamente (Amor et al., 2002). También se han utilizado la Entrevista para los trastornos del eje I y/o eje 2 del DSM-IV-TR (García Rueda & Jenaro, 2019; Fedele et al, 2018)

Respecto a la evaluación neuropsicológica, suelen medirse distintas funciones cognitivas como la organización perceptiva y coordinación visomotora, atención sostenida, atención selectiva, memoria verbal, memoria visual, memoria de trabajo, memoria semántica, funciones ejecutivas, control inhibitorio, velocidad de procesamiento, etc. Así como hay una gran cantidad de habilidades cognitivas que pueden ser medidas, también hay una gran cantidad de pruebas que pueden utilizarse para la evaluación. Por lo que se mencionarán las que más se han repetido durante la revisión.

Como un punto de partida se ha aplicado el cuestionario Neuro-QOL, que permite medir la percepción de los pacientes respecto a su función cognitiva (Daugherty et al. 2021). Este es un autorreporte, y aunque no se considera una prueba neuropsicológica formal, es una herramienta

apropiada para conocer la experiencia de los pacientes y saber hacia dónde dirigir la evaluación, incluso en una revisión sistémica realizada por Bichard et al (2021), en el que se analizaron 30 artículos relacionados con los efectos del estrangulamiento durante violencia doméstica y sexual, la mayoría de las investigaciones empleó autorreportes para identificar alteraciones neuropsicológicas.

Respecto a evaluaciones neuropsicológicas formales de funciones específicas, la medición de la organización viso-perceptiva y coordinación visomotora se ha utilizado el Trail Making Test (Hidalgo-Ruzzante, et al., 2012; García Navarro et al, 2020; Valera & Berenbaum, 2003; Daugherty, et al., 2019) y el Hooper Visual Organization Test (Daugherty, et al., 2019). La atención sostenida y selectiva, se ha medido mediante la prueba de atención d2 (Hidalgo-Ruzzante, et al., 2012; García Navarro et al, 2020; Daugherty, et al., 2019). Para la memoria verbal, visual y memoria de trabajo se ha usado Rey Complex Figure Test and Recognition Trial, Letras y Números (Hidalgo-Ruzzante, et al., 2012; Valera & Berenbaum, 2003; Hebenstreit et al., 2014; Daugherty, et al., 2019). La capacidad de inhibición se ha medido con la prueba Stroop y la tarea go/no go (Hidalgo-Ruzzante, et al., 2012; Hebenstreit et al., 2014). Es común utilizar también distintos tipos de pruebas relacionadas con el lenguaje como el Test de aprendizaje Verbal de Hopking (García Navarro et al, 2020), California Verbal Learning Test (Valera & Berenbaum, 2003) y Test de aprendizaje Verbal España-Complutense (Hidalgo-Ruzzante, et al., 2012; Daugherty, et al., 2019).

En el estudio realizado por Hebenstreit et al. (2014), se pretendió evaluar las Funciones Ejecutivas en relación con la violencia interpersonal y la depresión. Las tareas utilizadas para evaluar las funciones ejecutivas fueron: tareas emocionales, Stroop, Set Shifting Task, Sentence Span Task, secuenciación de Letras – números, Stop Task y tarea de búsqueda de símbolos. Entre tareas relacionadas con Funciones Ejecutivas, pero que no han sido mencionadas se encuentran algunas utilizadas por Daugherty, et al. (2019): Test de azar de Iowa, Mapa del zoológico, Subtest de matriz de razonamiento de la prueba de Inteligencia Breve de Kaufman y el Trail Making test del Sistema de Función Ejecutiva Delis-Kaplan, los cuales miden toma de decisiones, planeación, razonamiento abstracto y flexibilidad.

También se han utilizado pruebas neurológicas como el Quick Neurological Screening Test y la batería neuropsicológica Haslthead Reitan Impairment Index (Deering et al, 2001). Y así como se usan tests completos, como se observó con anterioridad, muchos estudios seleccionan subpruebas de la Escala de Inteligencia Weschler para adultos, o tests específicos para evaluar ciertas funciones frontales.

En el estudio realizado por Jackson et al. (2002) y Gagnon & DePrince (2016) para identificar presencia de lesión y posibilidad de que las pacientes necesitaran una evaluación neuropsicológica profunda se utilizó el cuestionario HELPS. De manera complementaria Jackson et al. (2002) utilizaron

el Índice Total de Severidad de Síntomas e Índice Total de Frecuencia de Síntomas, para reconocer que tipo de síntomas tienen, desde cuándo y con qué frecuencia aparecen. Mientras que Gagnon & DePrince (2016) utilizaron el Injury Scale para evaluar si las lesiones en la cabeza estaban relacionadas con algún incidente de violencia de pareja en los últimos 6 meses.

Pueden usarse diferentes tipos de actividades o usarse una batería para realizar la evaluación neuropsicológica. Investigaciones en las que se han evaluado a nivel neuropsicológico a mujeres víctimas de violencia de pareja, suelen tomar en cuenta tanto el tipo, frecuencia y gravedad de las agresiones como las variables psicopatológicas, pues las alteraciones cognitivas como ya se ha mencionado, están relacionadas tanto con lesiones cerebrales, como con psicopatología.

2.7. Posibilidad de simulación en la evaluación neuropsicológica

La evaluación neuropsicológica en casos de mujeres víctimas de violencia de género es una herramienta que puede utilizarse en ámbitos legales. Uno de los primeros casos en España desde la neuropsicología forense en tema de violencia de género fue presentada por Marín Torices et al. (2016), quienes después de haberla evaluado:

“En el acto del juicio quedó demostrado que las alteraciones neuropsicológicas de Ana eran consecuencia de una situación de maltrato físico, psicológico y sexual sufrido por un período continuado de tres años” (p.364)

Demostrando de esta manera la utilidad de la evaluación neuropsicológica en sus procesos legales. Sin embargo, debemos reconocer que en el ámbito forense también se presentan algunas limitaciones. Se ha encontrado que, en estos procesos, hay un cierto porcentaje de pacientes que estarán simulando, lo cual significa que estarán exagerando síntomas motivados por un incentivo externo como la indemnización en caso de haber sido víctimas o evitar la justicia en caso de que hayan cometido un delito (Vilar & Aliaga, 2010). De acuerdo con Vilar & Aliaga (2010), la prevalencia de simulación es bastante desigual en los estudios, oscilando entre el 13 y 66%, y hasta se ha llegado a afirmar “es raro” encontrarse con casos simulados. Estos autores reportan que en un estudio se sospechó de simulación hasta en 40% de participantes que podrían obtener ganancias secundarias; además aun con la discrepancia de la prevalencia, es importante tomar en cuenta que aún no se cuenta con información en población latinoamericana. Muñoz-Céspedes & Paúl-Lapedriza (2001) opinan que los casos de simulación no son tan frecuentes como podría pensarse, sin embargo, es una realidad que debe tomarse en cuenta y por lo tanto la evaluación debe ser adecuada e identificar consecuencias por alteraciones e intentos de fingir con el objetivo de resultar beneficiados.

Existen algunas formas para evaluar a una persona cuando se sospecha simulación, Vilar & Aliaga (2010) presentan los siguientes procesos:

- 1) Anamnesis. Se hacen preguntas al paciente, que permita ubicar si hay consistencia entre los síntomas que expresa, la evolución del síndrome, psicopatología previa, uso de medicamentos, y su desempeño en distintos ámbitos de la vida cotidiana. En caso de discrepancia, se pueden aplicar ciertos instrumentos.
- 2) Aplicar tests de evaluación neuropsicológica. Se debe observar inconsistencias en la ejecución de las pruebas. Otra opción es aplicar pruebas específicas que permitan identificar la simulación siendo estas diseñadas con efecto piso o de elección forzada. Por último, se puede comparar la ejecución del paciente con perfiles de otras personas con afectaciones similares.

En general, se puede observar que la simulación se puede detectar debido a inconsistencias en distintas etapas: la entrevista, la ejecución de las pruebas o en comparación con otras personas. Así como mediante pruebas que son tan sencillas, que el fallo indica posible simulación. Una de las pruebas diseñadas específicamente para determinar posible simulación es el TOMM. Se han demostrado que el TOMM cumple con los criterios para identificar simulación, pues no muestra cambios en el puntaje por diferencias entre edad, educación y otros daños cognitivos, excepto en pacientes con demencia quienes suelen tener un desempeño bajo en esta prueba (Puerta Lopera et al, 2016; Ramírez et al., 2004).

Se menciona específicamente el TOMM debido a que en España ya se ha estudiado si esta prueba también es sensible a la simulación con mujeres que han vivido violencia de pareja. Marín Torices et al. (2017) encontraron que ninguna de las mujeres del grupo control ni del grupo de mujeres maltratadas simularon en la prueba TOMM, siendo consistente con los resultados de otros estudios que incluían un grupo control y otro de no-simulación. Estos autores también comentan que ningún participante intenta simular debido a que no pretenden obtener beneficios de los resultados que se obtengan de las pruebas. Por lo que vemos aquí una prueba que podría aplicarse con mujeres maltratadas en caso de sospecha de simulación, aunque desde luego, sería necesario validar la prueba con población mexicana.

Por el momento, debido a que el presente trabajo se interconecta con la neuropsicología forense, es necesario tener en cuenta la posibilidad de simulación. En el caso de mujeres víctimas de violencia, la simulación podría estar motivada por compensaciones que puedan obtener en sus procesos legales o percibirlo como una oportunidad de utilizar esta herramienta para buscar una sanción para el agresor. Aunque este último, en un país impune podría considerarse deseable, los datos simulados, que muestran una realidad falsa, no son el medio adecuado para lograrlo.

Ya se ha mencionado la prevalencia de simulación es bastante dispar, sin embargo, es una realidad que debe tenerse en cuenta. La información del desempeño neuropsicológico, como se vio en el caso de Torices et al. (2016), puede influir en el dictamen; por lo que presentar datos simulados es

apoyar información falsa, lo cual es un delito penado con cárcel (Código Penal Federal, 2021, artículo 247 bis).

3. PROPUESTA METODOLÓGICA

3.1. ENFOQUE, ALCANCE Y DISEÑO

En esta sección se describe de manera general, la forma en que se analizarán y se utilizarán los datos a recopilar para responder a la pregunta de investigación. Se hará uso del paradigma cuantitativo, en él se evalúa la relación entre variables que se miden en una muestra, en este, los datos se someten a análisis estadístico, lo cual permitirá confirmar o refutar teorías o conocimiento que ya hay sobre los temas (Ugalde Binda & Balbastre Benavent, 2013). Esto es lo que se realizará en el estudio, al obtener datos mediante los tests propuestos y generar el análisis de los datos, para posteriormente establecer relaciones y conclusiones.

La investigación estará compuesta por 2 alcances, las cuales serán el exploratorio y descriptivo. Debido a que no se ha encontrado mucha información relacionada con la evaluación neuropsicológica a mujeres que han vivido violencia de pareja en México, la investigación es exploratoria. Pues como menciona Ramos Galarza (2020), esta debe realizarse cuando el tema no se ha investigado o la evidencia es demasiado escasa, por lo que se requiere realizar un acercamiento que permita comprender las características del fenómeno a estudiar.

De acuerdo con Hernández-Sampieri y Mendoza Torres (2018), en un estudio descriptivo, se detallan las características de las personas mediante la medición de las variables. En el caso de la presente investigación, las variables que se evaluarán y observarán serán las relacionadas con la violencia que han vivido las mujeres y su funcionamiento cognitivo.

En el estudio se pretende utilizar un diseño no experimental, cuyo objetivo es observar y entender las características de las personas bajo ciertos contextos, lo cual se logra al obtener datos y no aplicar ningún tipo de tratamiento (Monje Álvarez, 2011). Sumado a que no se realizará ninguna intervención, la medición de las variables se realizará en un solo momento, motivo por el cual la presente investigación también es considerada como un diseño transversal, como coinciden Rodríguez y Mendivelso (2018) respecto a las características de este tipo de diseño. Por lo que en el presente estudio se busca conocer el estado de las funciones cognitivas de mujeres que han sido víctimas de violencia por parte de su pareja, para lo cual se aplicarán las pruebas psicológicas y neuropsicológicas. Después de haber obtenido estos datos, en la investigación no se realizará plan de rehabilitación.

3.2. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

Se describe en esta sección las variables dependientes e independientes que se medirán en la investigación.

- Variables dependientes:

En la Tabla 2, se considera en la columna “variable” las secciones en las que se divide la prueba NEUROPSI, en “subpruebas” las tareas específicas que contiene cada variable y la columna “puntaje máximo” corresponde a la mayor puntuación que pueden obtenerse en cada tarea. La información proporcionada corresponde a la descripción que Ostrosky-Solís et al (1999) proporciona a cerca de la batería NEUROPSI.

Tabla 2

Variables neuropsicológicas y subpruebas relacionadas.

Variable	Subpruebas	Puntaje máximo
Orientación	Tiempo (día, mes y año) Lugar (ciudad y lugar específico) Persona (edad o donde nació)	6
Atención y concentración	Dígitos al revés Detección visual Sustracción serial de 3	27
Codificación	Memoria verbal Copia de una figura semicompleja	18
Lenguaje	Nombrar Repetición Comprensión Fluidez Verbal: Fluidez Verbal Semántica	26
Lectura		3
Escritura	Al Dictado A la copia	2
Funciones conceptuales	Similitudes Habilidades de cálculo Secuencia	10
Función motora	Cambio de posicionamiento de la mano Movimientos de mano alternados Reacciones opuestas	8
Recuerdo	Recuerdo de información verbal Recuerdo espontáneo Recuerdo con pistas Reconocimiento	30

Se presenta en la Tabla 3, las variables relacionadas con la depresión, ansiedad y TEPT, así como los instrumentos que se usaron para medirlas.

Tabla 3

Variables psicopatológicas e instrumentos de medición relacionados.

Variable	Batería y autor	Secciones	Puntuación
Sintomatología depresiva	Inventario de depresión de Beck (Jurado et al. 1998)	Síntomas cognitivos y del DSM-V de depresión	0-9 depresión mínima 10-16 depresión leve 17-29 depresión moderada 30-63 depresión grave
Sintomatología de ansiedad	Versión Mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck (Robles et al. 2001)	Síntomas físicos y cognitivos	0-5 ansiedad mínima 6-15 ansiedad leve 16-30 ansiedad moderada 31-63 ansiedad severa
Sintomatología de TEPT	Lista Checable de Trastorno por Estrés Postraumático para DSM-V (Durón et al., 2019)	Sintomatología de TEPT del DSM-V	>33 punto corte para el diagnóstico de TEPT

- Variables independientes:

En relación con el tipo y gravedad de la violencia, debido a que se pretendía evitar la revictimización, se decidió tomar la información de tipo de violencia y gravedad de violencia con los datos registrados de las usuarias participantes de las instituciones con las que se colaboró en esta investigación. Los instrumentos relacionados con las variables de violencia se presentan en la tabla 4. Es importante hacer notar que los instrumentos son distintos debido a que cada institución utilizaba sus medios para recopilar esta información.

Tabla 4

Variables asociadas a la violencia e instrumentos de medición relacionados

Variable	Instrumento	Puntuación
Tipo de violencia	Intervención de dupla especializada	Se determina a partir de la narración de la historia de violencia de la usuaria: <ul style="list-style-type: none"> - 1ª vez - 1 vez al mes - Esporádica - Diaria

<p>Severidad de Tamizaje de Riesgo violencia</p>	<p>Se determina a partir de la información proporcionada durante una entrevista y se complementa con información del “Instrumento de evaluación del riesgo”</p> <p>0-21 Riesgo Bajo 22-43 Riesgo Medio 44-65 Riesgo Alto 66-86 Riesgo inminente</p>
<p>Informe Psicológico</p>	<p>Se determina a partir de la información proporcionada durante una entrevista y se complementa con información del “Instrumento de evaluación del riesgo”</p>
<p>Frecuencia de Intervención de dupla especializada violencia</p>	<p>Se determina a partir de la narración de la historia de violencia de la usuaria y complementando con las respuestas del “Tamizaje de riesgo”:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Física - Psicológica - Económica - Patrimonial - Sexual
<p>Instrumento de evaluación del riesgo</p>	<p>En cada ítem las usuarias determinan la frecuencia puntuando del 1 – 5, siendo 1 “poco o nada” y 5 “mucho”. De forma complementaria dan información sobre el número de veces que ha ocurrido cada situación en los últimos 6 meses.</p>

Nota: Para la variable “Frecuencia de violencia” solo se incluyeron datos del instrumento “Intervención de dupla especializada”, debido a que los datos recopilados con el “Instrumento de evaluación del riesgo” fue descartado por inconsistencias en el registro.

3.3. POBLACIÓN

En el presente estudio se evaluó a un solo grupo de mujeres. En este se incluyeron a mujeres que han sido víctimas de violencia de pareja, seleccionándose a mujeres que cumplieran con determinadas características y además que aceptaran participar. En este sentido, la técnica de muestreo fue por conveniencia (Otzen & Manterola, 2017).

- Grupo. Mujeres víctimas de violencia de pareja.

Las mujeres de este grupo debían cumplir con las características que se mencionan a continuación.

Criterios de inclusión:

- a) Han sufrido violencia por parte de su pareja en el último año y la violencia ha sido determinada por una psicóloga y/o abogada de las instituciones en las que se recopiló la información.
- b) Han vivido violencia de tipo psicológica, física y/o sexual.
- c) Ser mexicana.
- d) Tener una edad de entre 18 y 55 años.
- e) Haber cursado al menos 4 años de educación formal.
- f) Se pueden encontrar en algún rango de la Escala de Depresión de Beck, Versión Mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck y/o Lista Checable de Trastorno por Estrés Postraumático para DSM-5.
- g) Acuden a los servicios de la Secretaría de Igualdad Sustantiva y la Secretaría de Igualdad Sustantiva y de Género del Estado de Puebla.

Criterios de exclusión:

- a) mujeres que consumen sustancias psicoactivas y/o padecen alcoholismo.
- b) con antecedentes de alteraciones neurológicas o neuropsicológicas clínicamente demostrables previas al maltrato.
- c) han sido diagnosticadas con un trastorno psiquiátrico.

Las instituciones a las que se acudió para acceder a la población fueron las siguientes:

- Secretaría de Igualdad Sustantiva. Es un instituto del Gobierno de Puebla. Se acudió específicamente a las oficinas del centro, ubicadas en C. 2 Sur 902, Centro Histórico de Puebla, 72000, Puebla Puebla. De acuerdo con su página web, se dan servicios de asesoría jurídica y psicológica de manera presencial o virtual (Gobierno de Puebla, 2019).
- Secretaría para la Igualdad Sustantiva de Género. Instancia de Gobierno cuyas oficinas se encuentran ubicadas en C. 9 Sur 1508, Barrio de Santiago, Puebla, Puebla. En este instituto hay asesorías jurídicas, psicológicas, bolsa de trabajo, cursos y talleres presenciales y virtuales, formulario de quejas y/o reclamaciones, servicios de contención y acompañamiento a hombres, talleres sobre temas de violencia, masculinidades, derechos sexuales y reproductivos y diversidad sexual, cursos sobre igualdad y no discriminación, capacitación en oficios, etc. (Puebla contigo y con rumbo Gobierno Municipal, s.f.).

Se recopiló información de 18 mujeres que cumplían con estos criterios, sin embargo, se excluyeron a 4 participantes debido a que las dificultades en la ejecución podían atribuirse a una condición previa a la violencia o a posible simulación. Por lo que en total se presentan los datos de 14 participantes.

3.4. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Se presentan en la sección los instrumentos a utilizar para medir variables relacionadas con: psicopatología y rendimiento cognitivo.

- Escala de Depresión de Beck. El instrumento fue validado para su uso en población mexicana por Jurado et al. (1998). Cada ítem se califica del 0-3 y el rango de puntajes pueden ir de 0-63. El criterio diagnóstico se realiza con los siguientes cortes: “depresión mínima” 0-9 puntos, “depresión leve” 10-16, “depresión moderada” 17-29, “depresión grave” 30-63.
- Lista Checable de Trastorno por Estrés Postraumático para DSM-5. El instrumento validado para población mexicana por Durón Figueroa et al. (2019) fue traducido y revisado por investigadores expertos bilingües en evaluación y tratamiento. Este contiene 20 reactivos relacionados con sintomatología según criterios diagnósticos de reexperimentación, evitación, activación y alteraciones cognitivas, y se califica en escala de tipo Likert de 0 (nada) a 4 (totalmente). La consistencia interna es de .97 en Alpha de Cronbach, respecto a la validez convergente hubo correlaciones positivas en la escala global y en subescalas de reexperimentación. Aunque la muestra fue de estudiantes universitarios de SUAyED, las condiciones de la muestra son similares a los de la población mexicana promedio. Por lo que el instrumento es adecuado para medir sintomatología TEPT en población mexicana, considerando “un punto corte >33 para tener un diagnóstico parcial de TEPT” (Durón Figueroa et al., 2019, p.29).
- Versión Mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck. Dicho instrumento ha sido validado por Robles et al. (2001), mediante este obtuvieron síntomas psicológicos en personas con trastorno de pánico, fobias específicas y trastornos de ansiedad en México. Por lo que los autores han determinado que su uso es apropiado y útil en población mexicana. El diagnóstico se realiza con los siguientes niveles de ansiedad de acuerdo con el puntaje crudo: 0-5 mínima, 6-15 leve, 16-30 moderada, 31-63 severa. Se debe indicar si han estado presentes en la última semana tomando en cuenta el día de la aplicación, la encuestada debe calificar cada ítem como *poco o nada, más o menos, moderadamente y severamente* según le ha molestado el síntoma en la semana o el día de la aplicación.

Ante la evidencia de alteraciones cognitivas en mujeres víctimas de violencia y como uno de los medios directamente relacionados para responder al objetivo de la investigación, para la evaluación de las funciones cognitivas en ambos grupos de mujeres se considera la siguiente batería:

- **NEUROPSI.** Con esta prueba es posible conocer el funcionamiento intelectual general de un individuo, lo cual permite reconocer si la persona evaluada se encuentra con alguna función alterada (Ardila,2019). Las funciones cognitivas se evalúan con tareas específicas y el desempeño de las tareas permite conocer si la función se encuentra alterada o conservada, según menciona Ostrosky-Solís et al. (1999), el NEUROPSI permite obtener información relacionado con síndromes neuroanatómicos, mediante la evaluación la orientación, atención, lenguaje, memoria, visomotricidad, Función Ejecutiva, lectura, escritura y cálculo. Los autores también mencionan que el tiempo de aplicación es de entre 25 y 30 minutos y puede ser analizada a nivel cuantitativo, puntuando los ítems y comparando el desempeño del paciente con el de la población en general, pero también puede ser a nivel cualitativo, reconociendo los tipos de errores que se presentan. Esto resulta importante pues no es suficiente con saber si la respuesta ha sido correcta o incorrecta, conocer el tipo de error proporciona información valiosa sobre la alteración del individuo que está siendo evaluado.

La prueba se encuentra estandarizada con población mexicana, y para esto Ostrosky et al. (1999) evaluaron a 883 personas sin trastornos neurológicos ni demencia, que fueron divididos en grupos de edad y nivel educativo.

En la Tabla 5 se establecen las funciones cognitivas y las subpruebas utilizadas para evaluar cada función en la prueba neuropsicológica NEUROPSI.

Tabla 5

Secciones del NEUROPSI

Función cognitiva	Aspectos particulares
Orientación	Tiempo (día, mes y año) Lugar (ciudad y lugar específico) Persona (edad o donde nació)
Atención y concentración	Dígitos al revés Detección visual Sustracción serial de 3
Codificación	Memoria verbal Copia de una figura semicompleja
Lenguaje	Nombrar Repetición Comprensión Fluidez Verbal: Fluidez Verbal Semántica

Lectura	
Escritura	Al Dictado A la copia
Funciones conceptuales	Similitudes Habilidades de cálculo Secuencia
Función motora	Cambio de posicionamiento de la mano Movimientos de mano alternados Reacciones opuestas
Recuerdo	Recuerdo de información verbal Recuerdo espontáneo Recuerdo con pistas Reconocimiento

El análisis de los datos obtenidos por Ostrosky et al. (1999) indica que el desempeño de pruebas de detección visual, memoria verbal, reacciones opuestas, recuerdo verbal demorado e información visoespacial disminuía conforme aumentaba la edad, aunque el desempeño se mantenía más estable en pruebas relacionados con la orientación, lenguaje y funciones ejecutivas. Por otro lado, en relación con el nivel educativo, el desempeño mejoraba en pruebas de habilidad viso constructivas, fluidez verbal fonológica y funciones conceptuales, mostrando que tan solo entre 1-4 años de educación puede generar una diferencia en el desempeño.

Para evitar la revictimización, a petición de las instituciones donde se accedió a la población, la siguiente información fue recopilada de los registros de ambas secretarías:

- Demográfica. Edad, estado civil, escolaridad, nivel de ingresos.
- Tipo de violencia. Se determina en la “Intervención de dupla especializada” a partir de la narración de la historia de violencia de la usuaria y las respuestas proporcionadas en el “Tamizaje de riesgo”. En el “Informe Psicológico” proporciona un dato determinado a partir de información obtenida de una entrevista y el “Instrumento de evaluación de riesgo”
- Gravedad de la violencia / nivel de riesgo. Se tomó el resultado del instrumento “Tamizaje de riesgo”, que determinaba de acuerdo con los puntajes “Riesgo Bajo” (0-21), “Riesgo Medio” (22-43), “Riesgo Alto” (44-65) y “Riesgo Inminente” (66-86). El instrumento “Informe Psicológico” proporciona un dato determinado a partir de información obtenida de una entrevista y el “Instrumento de evaluación de riesgo”.
- Frecuencia de la violencia. Se consideró el instrumento “Intervención de dupla especializada”, la cual indicaba las siguientes valoraciones: “1ª vez”, “1 vez al mes”, “esporádica”, “diaria”, en

el caso de usuarias sin registro se determinó “no especificado”. Se descartó considerar el “Instrumento de evaluación del riesgo” debido a que el registro de la frecuencia no es homogéneo y solo se cuentan con 2 datos.

3.5. PROCEDIMIENTO

Mediante una audiencia pública se estableció contacto con miembros de la Secretaría de Igualdad Sustantiva del Gobierno de Puebla, instancia que brinda atención jurídica y psicológica a mujeres que han sido víctimas de violencia, en el diálogo se expuso el proyecto de investigación se firmó por parte de la Secretaría una carta en la que se informaba a cerca instrumentos a aplicar, la información a la que se requería acceso y la necesidad de grabar el desempeño de las mujeres. En la institución se les llamó a usuarias que cumplieran los criterios de inclusión y se citó a aquellas que mostraron interés.

En la investigación neuropsicológica, como práctica ética, es necesario informar a los participantes sobre el estudio a realizar, si desean participar en la investigación se debe solicitar la firma de un documento de consentimiento, no obligar a participar ni coercionar a ningún individuo que rechace la invitación, y tratar con confidencialidad la información sobre daños cerebrales o la vida privada (León Carrión & León Jiménez, 2000). Por lo que, las mujeres que eran canalizadas para participar en el estudio fueron informadas sobre los procedimientos y se aseguró la confidencialidad de sus datos, de modo que quienes así lo decidieron, participaron de manera informada, voluntaria y consensuada.

Para ampliar la muestra se acudió a la Secretaría de Igualdad Sustantiva y de Género donde se explicó el proyecto de la misma manera que se realizó con anterioridad. Y participaron consensuadamente tras haberles explicado el procedimiento de la investigación.

Se aplicaron las pruebas Inventario de Depresión de Beck, Versión Mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck, Lista Checable de Trastorno por Estrés Postraumático para DSM-V y NEUROPSI en las instalaciones de la institución en las que cada participante acudía por servicios. La información relacionada con la gravedad y tipo de violencia que vivieron las usuarias fue recopilada de los registros que tenían las instituciones, esto para evitar la revictimización. Durante la recolección de datos con cada mujer y respondiendo a las sugerencias de WHO (2016) de dar oportunidad a las participantes en de manera explícita para retirarse de la investigación, se le preguntó a las mujeres antes de iniciar y al finalizar la aplicación de los instrumentos si ellas querían continuar siendo parte del estudio. También se les indicó que podían retirarse cuando quisieran durante las pruebas, incluso días y meses después de la sesión con ellas podían contactar a la investigadora para solicitar que no se utilizaran sus datos.

Las evaluaciones psicopatológicas y neuropsicológicas se realizaron en espacios que contaban con características de iluminación y ventilación apropiadas para evitar que los elementos ambientales influyeran en el desempeño de las mujeres. La aplicación del NEUROPSI lo realizó la tesista, capacitada para la evaluación neuropsicológica. Se grabó audio y video de las participantes durante las ejecuciones del NEUROPSI, dando la espalda a la cámara para salvaguardar su identidad.

En análisis de los datos se realizó utilizando el programa JASP 0.16.3 (JASP Team, 2022).

3.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Como se ha mencionado, una de las prácticas importantes de acuerdo con León Carrión y León Jiménez (2000) es que los participantes se les informe respecto a los procedimientos de la investigación en la que participarán y que, sin ningún tipo de coerción, de manera libre y voluntaria decidan si desean o no formar parte del estudio. Evidentemente este es un principio básico en cualquier investigación, y en el trabajo con mujeres víctimas de violencia cobra vital importancia que se respete ya que las mujeres maltratadas son limitadas por sus parejas en cuanto a sus decisiones, resultando por ejemplo en aislamiento, desempleo o empleos precarios, debido a que les prohíben mantener contacto con ciertas personas o tener un trabajo en el que ganen más que sus parejas. Por este motivo el asegurarse que ellas decidan de manera voluntaria, informada y sin coerción, además de ser ético, representaría el reconocimiento de su autonomía y libertad, la cual les fue negada en la relación de violencia.

Por lo tanto, WHO (2016) indica no solo el consentimiento informado como una acción que debe realizarse, también se sugiera que a lo largo del procedimiento se les ofrezcan a las participantes la oportunidad para continuar o terminar su participación en el estudio. Esto fue realizado con cada una de las participantes, no solo durante la sesión de aplicación de pruebas, sino que también se les indicó que después de estas podían comunicarse con la investigadora por mail o teléfono para solicitar que no se utilizaran sus datos. También resulta importante de acuerdo con WHO (2016), minimizar la jerarquía y diferencias sociales que pudiera estar presente entre el investigador y las participantes, sobre todo cuidando la apariencia y la conducta, ya que las mujeres que viven violencia son menos propensas a negarse a las peticiones. Aunque las estructuras jerárquicas se mantenían de algún modo, pues algunas participantes llamaban “Doctora” o “Psicóloga” a la investigadora, se hizo lo posible por crear un ambiente de confianza en el que pudieran sentirse libres, llevando una vestimenta casual, y evitando utilizar lenguaje especializado al momento de explicar la investigación.

En el estudio se menciona que unas de las variables a tomar en cuenta es el tipo y la gravedad de violencia, a pesar de que hay instrumentos validados con población mexicana para obtener esta información, se optó por recopilar la información a partir de los registros de esta información que las instituciones tenían de las usuarias que participaron. Esto se decidió junto con las instituciones de esta manera para evitar la revictimización a las mujeres que formaron parte del estudio. La revictimización es vivida por una persona que previamente a experimentado un delito, en la que debido a daños que ocasionan personas que se relacionan con la víctima, se genera un nuevo recuerdo victimizante (Carranco, 2020). Entre las experiencias que pueden resultar revictimizantes se encuentran no informar en las instituciones a dónde acudir para ser atendidas o sobre el avance de su caso, malos tratos por parte de empleados, esperas largas y en lugares inadecuados, suspensión continua de audiencias, etc.

(Smith Bonilla & Alvarez Morales, 2007), también culpar a la víctima por el delito, juzgar su estilo de vida, minimizar la experiencia traumática, lo cual son acciones que pueden cometer funcionarios, ciudadanos y medios de comunicación (Carranco, 2020).

La victimización secundaria también puede darse debido a que la persona recuerda la situación de maltrato (Domínguez Vela, 2016) y que puede darse cuando se encuentran mencionando los acontecimientos violentos una y otra vez en las instituciones que se encargan de brindarles atención (Piñeres Botero et al., 2009). De esta manera, debido a que el proceso de recolección de datos se realiza, para mayor tranquilidad de las participantes, en las instituciones de gobierno, se evitó realizar preguntas relacionadas con el maltrato que vivieron con sus parejas. Pues las secretarías ya habían recopilado dicha información, y se decidió no aplicar otros instrumentos, para evitar volver a ser interrogadas al respecto y no caer así en una segunda victimización. Esto responde también

De acuerdo con la Declaración de Helsinki de la AMM (Asociación Médica Mundial, 2022), la investigación con grupos vulnerables solo debe hacerse si no es posible realizarse con un grupo no vulnerable, si este grupo puede beneficiarse de conocimientos y prácticas de la investigación y si responde a sus necesidades o intereses. Como se ha mencionado, la neuropsicología puede aportar para que las mujeres vivan una vida libre de violencia, además de que al presentarles el consentimiento informado algunas participantes expresaban que les parecía necesario y deseaban participar para aportar y que otras mujeres pudieran beneficiarse del conocimiento que la investigación aportara.

La confidencialidad también es un aspecto importante, León Carrión y León Jiménez (2000) se refiere tanto a los daños cognitivos como la vida personal del paciente. En este sentido, aquí se presentan los resultados obtenidos en las pruebas neuropsicológicas y psicopatológicas, sin embargo, a ninguna participante se le refiere por su nombre, sino que son identificadas mediante número de folio. Esto también representa una medida de seguridad al ser ellas víctimas de delitos.

4. RESULTADOS

4.1. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el análisis estadístico se utilizó el software JASP 0.16.3 (JASP Team, 2022). En un primer momento se realizó la prueba de *Shapiro-Wilks* para determinar que la distribución de las variables a analizar fuera normal ($p > .05$) y la prueba de *Levene* para la igualdad de las varianzas ($p > .05$) para observar la distribución de las variables neuropsicológicas: total orientación, total atención y concentración, total codificación, total evocación, total lenguaje, total lectura, total escritura, total FE, total motor. La distribución fue diferente a la normal en las variables total codificación y total FE ($p < .05$).

Asimismo, se realizó una correlación entre las puntuaciones directas de depresión, ansiedad y TEPT y el total de cada una de las variables neuropsicológicas, realizando *Pearson* y *Spearman* dependiendo del tipo de distribución.

Posteriormente se realizó una prueba de *Kruskal Wallis* para el total de FE, donde la variable de agrupación fue el nivel de depresión (mínima, moderada, severa) y una *U de Mann-Whitney* para el total de FE, donde la variable de agrupación fue la ausencia o presencia de TEPT.

4.2. RESULTADOS DESCRIPTIVOS

La edad de las participantes oscilaba entre los 21 y 54 años (M=34.857, DE=9.181). Se presenta en tabla 6 la cantidad de participantes, su escolaridad y estado civil.

Tabla 6

Cantidad de participantes, escolaridad y estado civil

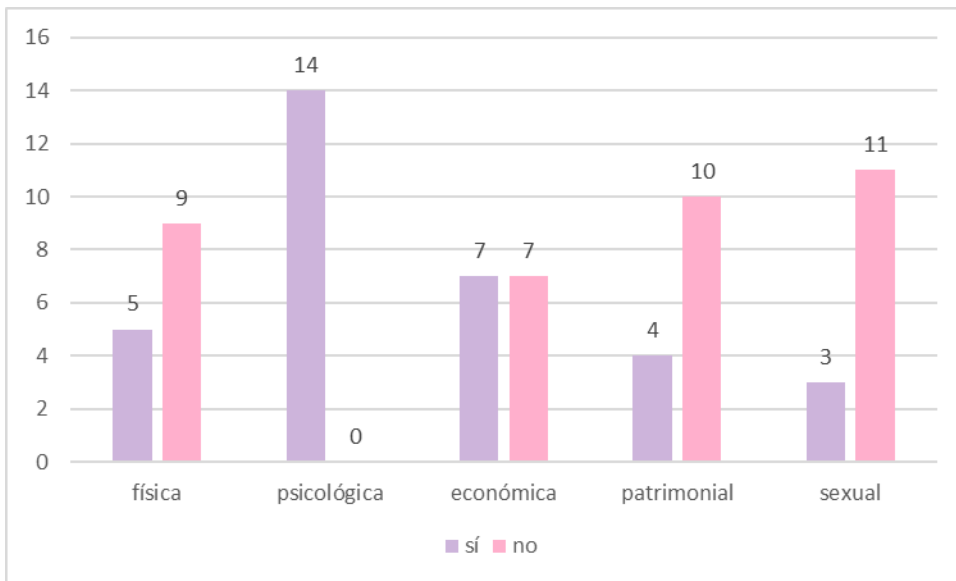
Participantes	Frecuencia
Mujeres víctimas de violencia de pareja	14
Escolaridad	Frecuencia
Secundaria	4
Bachiller/preparatoria	5
Carrera técnica	1
Licenciatura	3
Maestría	1
Estado civil	
Soltera	9
Casada	5

4.3. NIVEL DE RIESGO, TIPO Y FRECUENCIA DE VIOLENCIA

Se presenta en la figura 1, la frecuencia de los distintos tipos de violencia.

Figura 1

Frecuencia de tipos de violencia



Nota. El gráfico presenta los tipos de violencia que registró la institución que brindó los servicios de atención cuando las participantes los solicitaron. Se indica “sí” para mujeres que reportaron haber vivido los diferentes tipos de violencia y “no” si no reportaron haberla experimentado.

Se presenta en la figura 2 el nivel de riesgo registrado por las dos instituciones de gobierno. La figura 3 y ilustra la frecuencia con la que ocurrió la violencia según los indicadores establecidos por una de las instituciones, estos datos son solo de 9 mujeres, pues eran las usuarias de esta instancia.

Figura 2

Frecuencia del nivel de riesgo

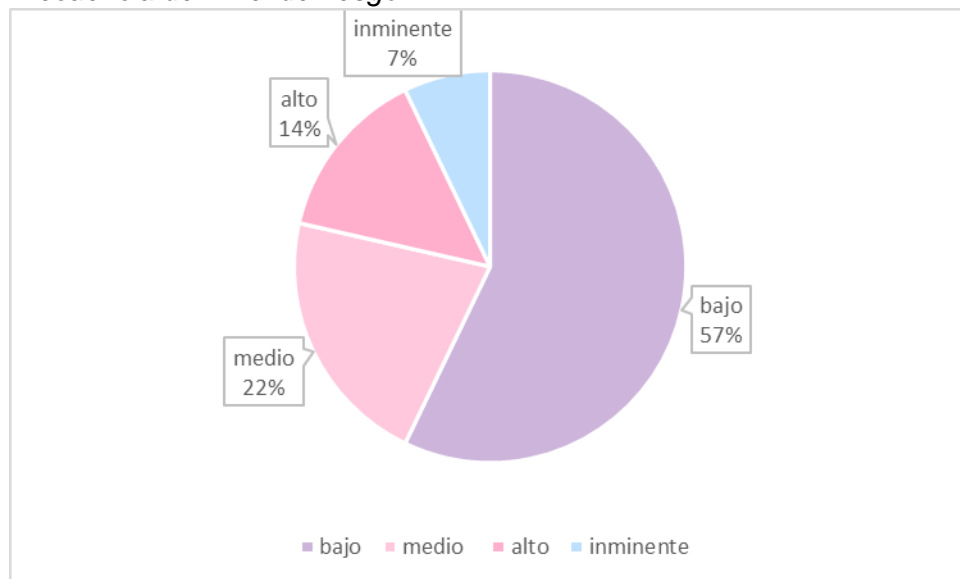
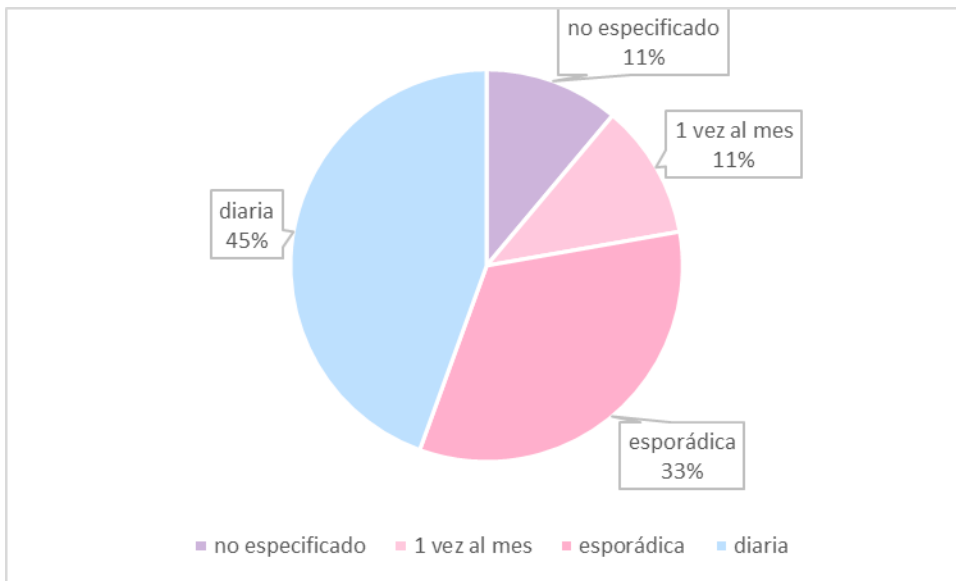


Figura 3

Frecuencia de frecuencia de la violencia



Nota. El gráfico presenta datos de 9 participantes, esto debido a que la variable “frecuencia de la violencia” era especificada solo en una de las instituciones gubernamentales a las que se acudió.

4.4. PSICOPATOLOGÍA

Respecto a la presencia de psicopatología en las mujeres que fueron evaluadas, en la figura 4 se observa la cantidad de mujeres que presentaron cada nivel de depresión y ansiedad, y en la figura 5 si se encontraron por arriba o abajo del punto corte de TEPT.

Figura 4

Frecuencia de niveles de depresión y ansiedad

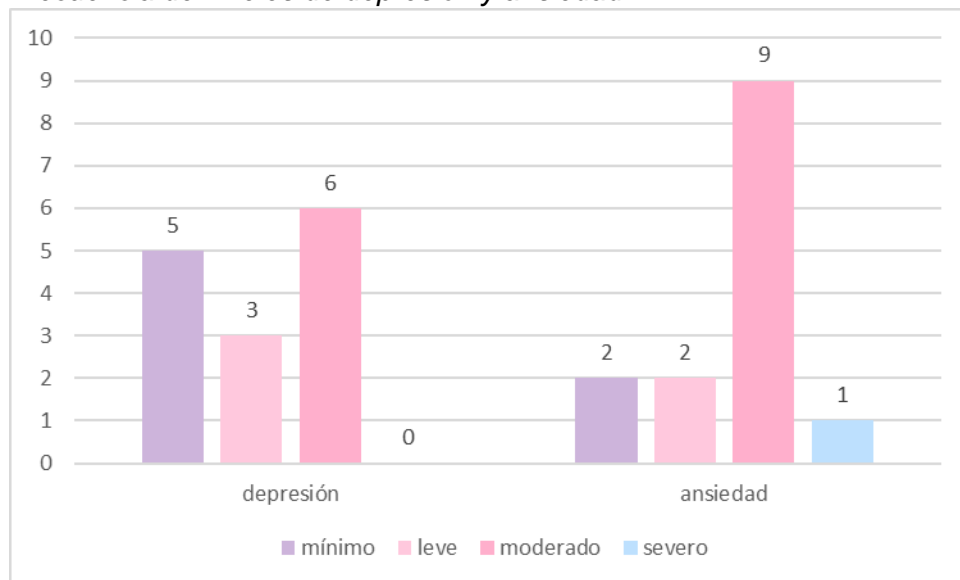
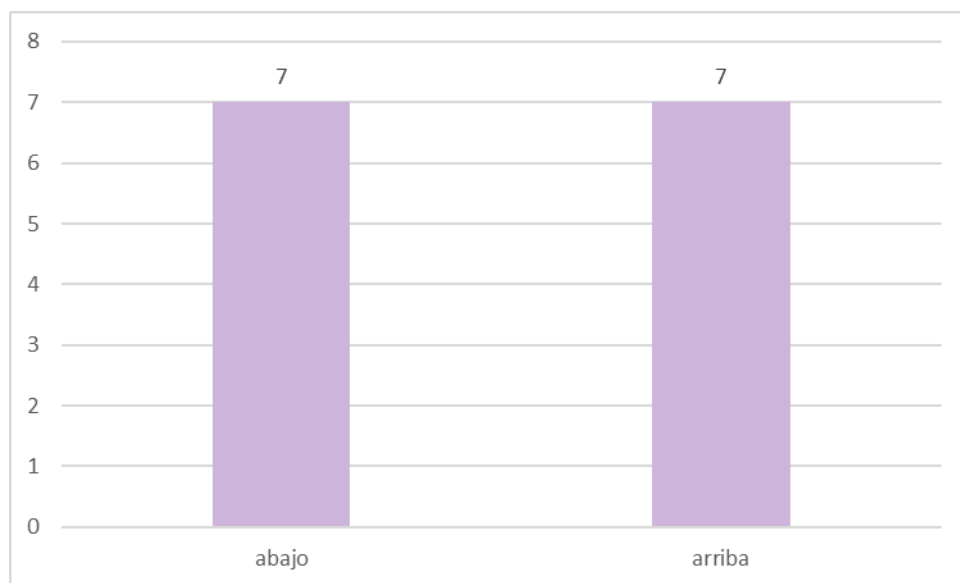


Figura 5

Frecuencia de punto corte de TEPT



Nota. Se indica “abajo” si la puntuación de las mujeres se encuentra abajo del punto corte y “arriba” si se encuentra arriba del punto corte.

4.5. DESEMPEÑO NEUROPSICOLÓGICO

Los puntajes totales de la prueba NEUROPSI que obtuvieron las mujeres se encuentran entre 105.5 y 124.6 puntos, al ser interpretados de acuerdo con la edad y escolaridad de cada participante indican que los resultados son normales. En la tabla 7 se muestran los puntajes totales de las funciones cognitivas de todas las participantes, descartándose las tareas de dictado y copiado ya que las ejecuciones de todas las participantes fueron correctas. En la tabla 8 la estadística descriptiva de estos mismos datos.

Tabla 7

Puntajes totales de funciones cognitivas en las participantes.

Folio participante	Total atención concentración	Total codificación	Total evocación	Total lenguaje	Lectura	Total FE	Total motor	TOTAL
1	24	15.6	22	38	3	10	2	105.6
2	25	16.6	29	46	3	10	4	118.6
3	24	16	26	58	3	10	5	117
4	25	16.6	28	56	3	8	5	117.6
5	25	17	30	54	3	9	6	120
6	24	15.3	18	53	2	10	6	107.3
7	27	16.6	29	66	3	10	6	124.6
8	24	17.6	22	53	3	8	6	112.6
9	23	16.6	24	47	1	8	7	110.6
10	23	17	29	55	3	10	6	106
11	22	13.6	24.5	50	3	9	4	107.1
13	23	17	18.5	48	2	8	7	105.5
14	24	17	25	52	3	7	6	113
17	24	17	25	46	1	10	8	116

Tabla 8

Estadística descriptiva de puntajes totales de funciones cognitivas

	Total atención concentración	Total codificación	Total evocación	Total lenguaje	Lectura	Total FE	Total motor	TOTAL
Válido	14	14	14	14	14	14	14	14
Media	24.071	16.393	25.000	51.571	2.571	9.071	5.571	112.964
Desviación estándar	1.207	1.010	3.858	6.642	0.756	1.072	1.505	6.166
Mínimo	22.000	13.600	18.000	38.000	1.000	7.000	2.000	105.500
Máximo	27.000	17.600	30.000	66.000	3.000	10.000	8.000	124.600

Es posible y necesario realizar un análisis cualitativo de los síntomas. Esto permite identificar de qué manera se alteran distintas funciones de los pacientes en los que participan ciertos factores neuropsicológicos (Quintanar Rojas & Lázaro, 2009). Se registró en la tabla 9., cuántas mujeres presentaron determinados síntomas que se han asociado con alteración en ciertos mecanismos neuropsicológicos. Ardila & Ostrosky-Solís (1991), Luria (1986), Quintanar Rojas & Solovieva (2013), y Solovieva et. al. (2008) mencionan que determinados tipos de errores pueden aparecer ante la alteración o lesión de ciertas áreas cerebrales. En este sentido, en la tabla 9 se identificaron los síntomas presentados por las participantes y acomodados de acuerdo con el mecanismo indicado.

Tabla 9.

Cantidad de mujeres que presentaban síntomas atribuibles a la alteración de determinados mecanismos neuropsicológicos

Mecanismo neuropsicológico	Síntoma	N° de mujeres
Programación y Control	Dificultad inhibitoria	9
	Dificultad para mantener información activa	5
	Ausencia de entonación en la lectura	4
	Utiliza plan poco eficiente	3
	No respeta signos de puntuación	3
	No corrige errores	2
	Escritura en bloques	2
	Genera plan, pero no lo mantiene	1
	No verifica la respuesta	1
	Uso arbitrario de mayúsculas y minúsculas	1
Organización Secuencial de	Perseveración	12
	Simplificación	6

Movimientos y Acciones	Lentificación	5
	Lectura fragmentada o pausada	3
	Fragmentación	2
Análisis y síntesis visoespacial	No encuentra la posición de la mano	7
	Copia de lo particular a lo general	3
	Micro reproducción	1
	Rotación	1
	Error en comprensión de instrucciones cuasi espaciales	1

Es importante considerar que los mecanismos neuropsicológicos no se encuentran completamente alterados. En la tabla 10 se encuentran las características observadas en las mujeres, que indican conservación de ciertos componentes.

Tabla 10.

Cantidad de mujeres que presentaban características asociadas al funcionamiento de determinados mecanismos neuropsicológicos

Mecanismo neuropsicológico	Característica	N. de mujeres
Programación y control	Cooperadora / muestra interés	14
	Genera y mantiene un plan eficiente	10
	Uso de lenguaje externo para regular la conducta	8
	Corrige errores	6
	Uso material para mediar información o sostener atención	3
Análisis y síntesis visoespacial	Copia de lo general a lo particular	11

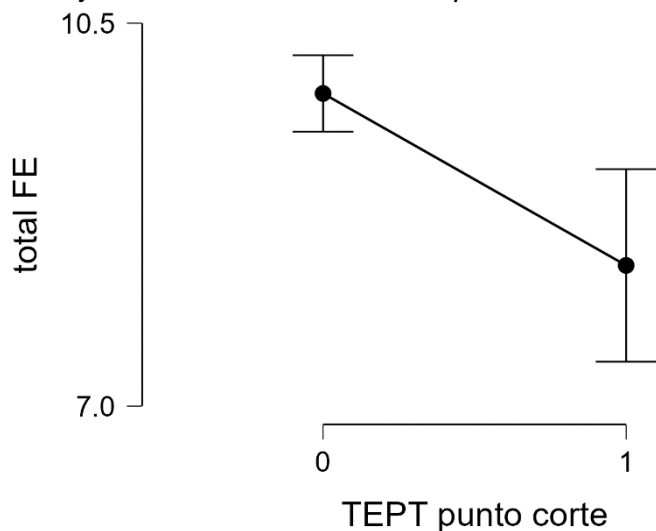
4.6. RELACIÓN ENTRE PSICOPATOLOGÍA Y DESEMPEÑO NEUROPSICOLÓGICO

Posteriormente, se llevaron a cabo correlaciones entre las puntuaciones directas de depresión, ansiedad y TEPT y el total de cada una de las variables neuropsicológicas. Las variables TEPT y TFE mostraron una correlación negativa fuerte (-.639), dichas variables fueron retomadas para los análisis siguientes.

Se llevó a cabo una prueba *U de Mann-Whitney* para el total de FE, donde la variable de agrupación fue la ausencia o presencia de TEPT, se encontró diferencia significativa ($p = .007$) entre el grupo sin TEPT y con TEPT, el tamaño del efecto evaluado a través de la correlación biserial de rangos ($RBC = .816$), lo que equivale a tamaño del efecto grande.

Figura 7

Puntaje de TFE en relación con el punto corte TEPT

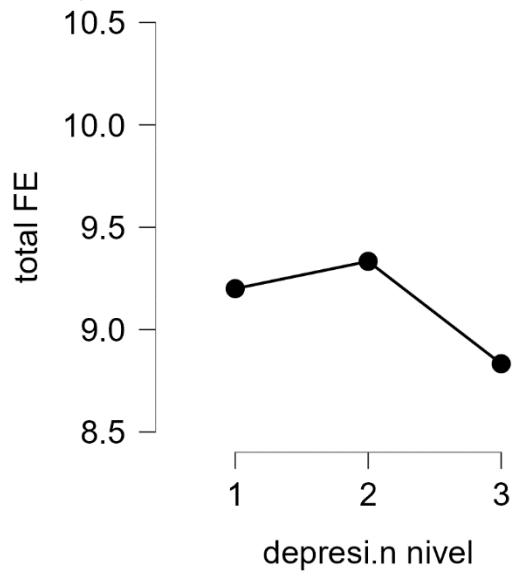


Nota: TEPT punto corte: 0= Sin TEPT, 1= con TEPT

Se realizó un ANOVA para FE, agrupando de acuerdo con los niveles de depresión (mínimo, leve y moderado). La diferencia no es significativa ($p=0.789$) entre ninguno de los grupos.

Figura 8

Puntaje de TFE en relación con niveles de depresión



Nota: Depresión nivel: 1= mínima, 2= leve, 3= moderada.

El ANOVA para FE agrupando según el nivel de ansiedad no pudo realizarse debido a que uno de los grupos contaba solo con una persona.

5. DISCUSIÓN

En el presente estudio se encontró que todas las mujeres que integran la muestra vivían violencia psicológica, 5 experimentaron violencia física, 7 violencia económica y 4 violencia patrimonial y 3 violencia sexual. La suma en este caso es mayor al total de participantes debido a que una sola persona puede experimentar más de un tipo de violencia. Con respecto al nivel de riesgo se encontró que 8 experimentaban riesgo bajo, 3 riesgo medio, 2 riesgo alto y 1 riesgo inminente.

En cuanto a la frecuencia de la violencia, solo se recabó información en una institución obteniéndose información de 8 mujeres. 1 mujer experimentaba la violencia 1 vez al mes, 3 esporádicamente, 4 diario y en 1 caso la información no se encuentra especificada. El instrumento del otro instituto fue descartado debido a que el registro de la frecuencia no es homogéneo y solo se contaba con información de 2 participantes; con las otras 3 usuarias se presentaron las siguientes situaciones: el instrumento estaba vacío, indicaba “NO APLICA”, el instrumento no estaba en el expediente.

Es importante recordar que los datos relacionados con tipo y frecuencia de violencia y nivel de riesgo se recopilaron de la información que las instituciones tenían. Cada institución tenía sus propios instrumentos, con distintos criterios para la medición.

Las variables psicopatológicas que se midieron fueron depresión, ansiedad y TEPT. Con respecto a la depresión, 5 mujeres presentaban nivel mínimo, 3 leve y 6 moderado. En cuanto a los niveles de ansiedad 2 mujeres puntuaron en mínimo, 2 en leve y 9 en moderado y 1 en severo. En el caso del TEPT se tomaron en cuenta aquellas mujeres que se encontraban arriba del punto corte (>33), por lo que 7 puntuaron abajo y 7 arriba del punto corte. Resulta importante indicar que la cantidad de mujeres con niveles moderados de depresión y ansiedad, así como las que se encuentran arriba del punto corte de TEPT es mayor a la cantidad de mujeres que participaron, indicando que en una mujer pueden presentarse síntomas de las distintas psicopatologías simultáneamente.

Los síntomas de depresión y ansiedad se han observado en otros estudios con mujeres maltratadas (García Navarro et al., 2020; Roberts & Jung, 2005), así como sintomatología de TEPT (Amor et al., 2002; García-Leiva et al., 2008; Valera & Berenbaum, 2003). Por lo que la presencia de síntomas psicopatológicos en mujeres que han vivido violencia ya ha sido documentada. En esta investigación se encontró que la psicopatología más frecuente fue ansiedad, seguido de TEPT y depresión.

Es importante considerar que en el estudio se utilizó como instrumento de evaluación la prueba NEUROPSI, que de acuerdo con Ostrosky (1999) es una prueba de cribado con tareas bastante sencillas. Probablemente, esta sea una de las razones por la que los puntajes totales de las mujeres

resultaron normales en todos los casos; pero tomando en cuenta el desempeño individual, algunas mujeres tienen puntuaciones en el límite, o con alteración moderada y severa en distintas subpruebas. Entre las características de las pruebas de cribado, cabe destacar que son breves, se usan para identificar riesgo de alguna condición, y para indicar que si se requiere una evaluación más profunda (Roebuck-Spencer et al., 2017). En este sentido, el desempeño límite y con alteración de las participantes en ciertas tareas, indican al evaluador qué funciones cognitivas deben evaluarse con mayor profundidad. Por este motivo, se ha señalado que una prueba más sensible para evaluar FE podría utilizarse en futuras evaluaciones con esta población.

Al evaluar el desempeño neuropsicológico, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la puntuación total de Funciones Ejecutivas (TFE) y la presencia o ausencia de TEPT. Las mujeres que se encontraban arriba del punto corte de TEPT tenían peor desempeño en tareas de FE que mujeres que se encontraban por debajo del punto corte. Por lo que algunas mujeres que viven violencia presentan estrés, lo cual se ha visto asociado con un menor desempeño cognitivo, específicamente en FE. En este estudio se encontró diferencia significativa ($p = .007$) del puntaje TFE entre el grupo sin TEPT y con TEPT, el tamaño del efecto evaluado a través de la correlación biserial de rangos ($RBC = .816$), lo que equivale a tamaño del efecto grande.

Las alteraciones en FE se han reportado en mujeres víctimas de violencia de pareja: específicamente en inhibición, planeación, toma de decisiones (Daugherty et al., 2019). Otros autores trabajando con estudios de caso de mujeres en situación de violencia, también han encontrado síntomas relacionados con bajo desempeño en FE como pensamiento concreto lento, impulsividad, dificultad para inhibir respuestas, dificultad en flexibilidad y razonamiento abstracto (Ackerman & Banks, 2003; Banks & Ackerman, 2002; Marín Torices et al. 2006). En este estudio se encontró que las mujeres tenían un desempeño más bajo en tareas de FE si se encontraban arriba del punto corte de TEPT. Cabe señalar, que algunas mujeres presentaban desempeños en el límite, o con alteraciones moderadas o severas en algunas subpruebas.

Estudios relacionados con TEPT y el funcionamiento cognitivo han indicado que cuanto más grave sea la sintomatología se presenta un peor rendimiento en FE, pero mejor capacidad de respuesta ante estímulos emocionales. La revisión realizada por Aupperle et al. (2011) indica que hay estudios que han demostrado consistentemente que la presencia de TEPT se relaciona con dificultades inhibitorias y de atención sostenida, lo cual puede explicar los síntomas de reexperimentación e hiperactivación, por otro lado, las personas con TEPT tienen una mejor capacidad de atención y velocidad de respuesta ante estímulos amenazantes; la capacidad de planeación parece encontrarse intacta. De acuerdo con esta información algunas FE se encuentran alteradas ante la presencia de TEPT, especialmente la inhibición y atención sostenida, mientras que no se presentan dificultades en

la planeación, pero hay una mejora en la atención y respuesta a estímulos que pueden resultar amenazantes.

Por otro lado, Aupperle et al. (2011) también mencionan que se ha observado de manera inconsistente dificultades en atención auditiva, memoria de trabajo y flexibilidad, y en cuanto a la capacidad de toma de decisiones, las personas con TEPT suelen requerir más intentos para aprender un patrón de respuestas correctas. Por lo tanto, las dificultades en estas FE se encuentran solo en algunos casos y no parecen ser características del TEPT.

En el estudio de Stein et al. (2002) donde había mujeres maltratadas con y sin TEPT y un grupo control, se observó que las mujeres víctimas sin importar su condición de TEPT tenían peor desempeño en atención y memoria de trabajo cuando se comparaban con el grupo control; y las mujeres con TEPT tenían más dificultad en tareas de flexibilidad cognitiva que mujeres sin TEPT y del grupo control. Por otro lado, García Navarro et al. (2020) encontró que mujeres víctimas con alto y bajo nivel de TEPT solo tenían diferencias en la memoria de trabajo.

Puede observarse consistencia en cuanto a que las capacidades cognitivas alteradas son consideradas FE, sin embargo, hay falta de coherencia en cuanto a qué FE en específico es en las que habrá dificultades ante la presencia de TEPT. Esto debido a que el TEPT es distinto en cada caso porque cada paciente tiene diferencias individuales anterior al trauma, además de que el mismo trauma es distinto en cuanto a severidad, intensidad y duración (Stein et al., 2002). Por este motivo, los autores afirman que, aunque se espera disfunción ejecutiva, habrá discrepancias en la manifestación del TEPT. Por este motivo, los resultados encontrados en este estudio con respecto al peor desempeño en tareas de FE cuando las mujeres se encuentran por encima del punto corte de TEPT, coincide con los resultados de otros estudios.

No solo hay presencia de TEPT en mujeres víctimas de violencia, también se ha visto que las mujeres que continuaban viviendo con el agresor o que no habían denunciado tenían más niveles de depresión (Amor et al., 2002), había correlación positiva entre nivel de depresión y severidad de abuso por parte de la pareja (Roberts & Jung, 2005; Valera & Berenbaum, 2003), si además las mujeres habían vivido otras situaciones de violencia, la severidad también aumentaba (Hebenstreit et al., 2014). Por lo que encontrar esta psicopatología es común en mujeres que han sido víctimas, sobre todo quienes han vivido violencia más grave, en diferentes periodos de su vida, y que siguen en riesgo al no poder salir de la relación violenta.

En la revisión de McClintock et al. (2010) se encontró que las personas con depresión tenían peor desempeño cognitivo conforme aumentaba la severidad de la psicopatología y comparados con personas sin depresión, observándose en uno de los estudios que las personas que requirieron

hospitalización eran las que tenían mayores dificultades cognitivas. Los autores mencionan que las dificultades han sido detectadas en atención sostenida, atención dividida, diferentes tipos de memoria, bajo nivel de procesamiento, así como en FE como planeación, fluidez verbal y flexibilidad. Lo que no ha quedado claro son los efectos en FE entre grupo control y personas con depresión mínima, y con pacientes en remisión, ya que los resultados son contradictorios. Mientras en unos estudios se menciona que pacientes en remisión y con depresión mínima sí presentan alteraciones cognitivas, otros indican que cuando hay depresión mínima de desempeñan tan bien como el grupo control y que las personas en remisión vuelven a un funcionamiento cognitivo normal (McClintock et al., 2010).

En el presente estudio no se ha encontrado una diferencia significativa entre las mujeres con distintos niveles de depresión con respecto a su funcionamiento ejecutivo. Esto puede deberse al tamaño de la muestra y la poca sensibilidad de la prueba utilizada. Pero también es probable que los niveles de depresión que presentaron no sean tan graves como para explicar un menor desempeño en FE. En este estudio las mujeres habían acudido a una institución que ofrece servicios legales, y más de la mitad de las mujeres expresaron estar solteras, aunque esto no garantiza el que no tengan contacto con el agresor, puede ser un factor relevante de que la convivencia con él haya disminuido. Como ya se ha mencionado la denuncia y no vivir con el agresor se relaciona con menores niveles de depresión. Por otro lado, aunque se ha visto relación entre la depresión y dificultades cognitivas, en jóvenes adultos con depresión mínima y moderada, las alteraciones en el funcionamiento cognitivo parecen ser poco frecuentes (McClintock et al., 2020). Tomando en cuenta la dispersión en las edades, el funcionamiento cognitivo de las participantes más jóvenes podría explicar el que no se hayan encontrado asociaciones entre desempeño de FE y los niveles de depresión en este estudio.

A continuación, se comentará acerca de las observaciones cualitativas que se realizaron. En la tabla 9 es posible identificar que la mayoría de los síntomas que presentaron las participantes, se relacionan principalmente con mecanismos de la tercera unidad funcional. De acuerdo con Luria (1974) se esta unidad se encarga de la programación y planeación de movimientos, así como la regulación de la conducta. Siguiendo la clasificación de factores neuropsicológicos propuesta por Quintanar Rojas & Lázaro (2009), los síntomas que se repitieron con más frecuencia corresponden a Organización Secuencial de Movimientos y Acciones: 12 mujeres presentaron perseveraciones, 6 simplificaciones y 6 lentificaciones. Mientras que el mecanismo de Programación y Control fue en el que se presentaron mayor cantidad de síntomas, pero los errores relacionados con dificultades inhibitorias (N=9) fueron más frecuentes, seguido dificultades para mantener información activa (N=5) y ausencia de entonación en la lectura (N=4).

A pesar de que la mitad de las participantes presenta un síntoma relacionado con dificultades visoespaciales: No encuentran la posición de la mano (N=7). Sin embargo, resulta poco probable que

todas las que presentaron este síntoma tengan alteraciones visoespaciales, pues otros síntomas relacionados se reducen en frecuencia, por ejemplo: micro reproducción, rotación y error en comprensión de instrucciones cuasi espaciales (N=1), copia de lo particular a lo general (N=3). El síntoma No encuentra la posición de la mano, que aparece en una tarea donde las participantes deben realizar 3 posiciones de manos de manera fluida, puede estar más asociado a las dificultades que presentan relacionadas con: Organización Secuencial de Movimientos y Acciones, por dificultad de paso fluido de un movimiento a otro; o Programación y Control debido a que no se prestó suficiente atención cuando se modeló la ejecución.

El análisis cualitativo de los síntomas es congruente con el análisis cuantitativo. Como se ha indicado, las mujeres presentan menor desempeño en FE sobre todo ante la presencia de TEPT. Precisamente hay una mayor cantidad de síntomas relacionados a Programación y Control, el cual es un concepto similar a FE de acuerdo con Akhutina & Pylaeva (2012). Los puntajes bajos en FE motoras fueron comunes a nivel cuantitativo, como se observa en la tabla 7. Lo cual es consistente con los resultados a nivel cualitativo debido a la alta frecuencia de síntomas relacionados con alteración de Organización Secuencial de Movimientos y Acciones.

Por otro lado, los casos en los que se presentan síntomas relacionados con alteraciones visoespaciales pueden deberse a singularidades de cada una. De ahí la importancia de la evaluación neuropsicológica para atender las necesidades según las características de cada paciente.

A pesar de que algunas mujeres presentaban ciertos síntomas asociados a la perturbación de determinados mecanismos, dichos mecanismos no se encuentran completamente alterados, por lo que es posible hacer disociaciones. Estas características pueden observarse en la Tabla 10.

Debido a que en la investigación se evitó la revictimización, no fue posible realizar entrevistas a las mujeres a profundidad, por lo que no hay información de su propia experiencia en la vida diaria que pueda asociarse con síntomas neuropsicológicos. Por lo que se harán inferencias relacionando lo observado con las participantes con lo reportado en la literatura respecto a la psicopatología y acciones que realiza población en situación de vulnerabilidad.

Se iniciará con la relación entre síntomas neuropsicológicos y psicopatología que presentaron las participantes. Por un lado, las participantes presentaron TEPT, cuyos síntomas de reexperimentación del evento traumático se relacionan con dificultades inhibitorias (Aupperle, 2011). Por otro lado, también presentaron sintomatología depresiva, en este sentido, síntomas depresivos como lentitud, inactividad motriz, y sentimientos de culpa (Morrison, 2015) se han asociado lentificación motora, dificultades inhibitorias y perseveraciones que presentan las mujeres.

Se debe recordar que el funcionamiento cognitivo no solo está relacionado con el SNC, asumir esto sería ignorar la complejidad del desarrollo de las funciones psicológicas superiores. Estas funciones tienen también un origen histórico-social, y se moldean durante actividades concretas y en el proceso de socialización (Tsvetkova, 1998). Por lo tanto, el desempeño cognitivo de las participantes debe entenderse desde el contexto en el que se encontraban, a saber, un contexto de violencia, la cual se utiliza para subordinar y controlar cuerpos feminizados (Rico, 1996). Esta realidad desde luego está atravesada por creencias, normas y expectativas sobre el género, que moldean nuestra conducta (ver sección 2.1.). Estas experiencias deben verse también como históricas y culturales, que se dan a través de experiencias concretas y la actividad social, y por lo tanto, influyen en el desarrollo de las funciones psicológicas superiores.

Habiendo expuesto lo anterior, se realizarán inferencias entre el desempeño cognitivo de las participantes y las acciones que realizan mujeres que han sido víctimas y otras poblaciones en riesgo. Como ya se ha mencionado, se observa una mayor cantidad de síntomas relacionadas con dificultad en la Programación y Control de la actividad (i.e. similar a FE). Sin embargo, se encuentran conservados aspectos relacionados a este mecanismo (ver tabla 10). Todas se muestran cooperadoras y muestran interés en la realización de las tareas. El interés y la cooperación puede observarse, por un lado, debido a que se trata de mujeres que acudieron a las instituciones con intención de salir de una relación violenta, por lo que precisamente ellas se encuentran motivadas para participar en actividades las instituciones ofrecen en sus instalaciones. Además, algunas mencionaron verbalmente que la investigación era de su interés y consideraban que podría generar aportes para mejorar la atención a otras mujeres que han vivido violencia. Por otro lado, como menciona la WHO (2016), mujeres víctimas han vivido violencia, son menos propensas a negarse a peticiones. De lo anterior, es importante señalar que la situación de evaluación hay una jerarquía de poder, estando la investigadora en una posición de mayor poder, lo cual podría explicar la disposición de las participantes a cooperar.

También, la mayoría de las mujeres generan y mantienen un plan eficiente (N=10), mientras que otras no logran generar un plan adecuado para la resolución de la tarea (N=3), o aunque lo generen, no logran mantenerlo (N=1). Se ha visto que mujeres en situación de violencia tienen problemas para planificar, lo cual dificulta salir de la situación de violencia (Banks & Ackerman, 2008). Sobre esto, en el presente estudio se encontró que la mayoría de las mujeres presenta capacidad de generar y mantener un plan eficiente, por lo que la dificultad de planear como obstáculo para salir de una relación violenta podría deducirse de quienes presentaron los síntomas relacionados.

Aunque juzgar como “eficiente” un plan en contextos de evaluación neuropsicológica es muy distinto a hacerlo en un contexto de vulnerabilidad. Miller & Scholnick (2015) señalan que en evaluación las tareas suelen tener una solución y la forma de juzgar el desempeño como “más eficiente” se da

según la velocidad en que se realiza; sin embargo, las autoras mencionan que, en ciertos contextos, otras habilidades pueden ayudar a solucionar problemas.

Por ejemplo, lo que se podría interpretar como dificultad para generar, ejecutar y mantener un plan eficiente, podría ser una característica que aparece debido a que planes que socialmente se han considerado “eficientes”, no lo han sido. Es común en casos de violencia que se cuestione porqué las mujeres no denuncian, sin embargo, esta acción frecuentemente va acompañada de una sensación de que en las comisarías no se les protege y las revictimiza (Molina Rico & Moreno Méndez, 2014). Esta sensación tiene origen en la impunidad y en acciones de servidores públicos, quienes agreden con comentarios inapropiados en los que culpan a la víctima, se minimizan las experiencias, se interesan más por su vida privada que por el delito o justifican al agresor (Carranco, 2020). Buscar apoyo mediante las redes sociales como familiares y amigos también puede resultar útil, pero en ocasiones familiares y amigos también refuerzan roles de género tradicionales, normalizan la violencia y defienden al agresor (Agoff et al., 2006). Ante esta realidad que viven muchas mujeres, en la que acciones que se han juzgado como “eficientes”, no dan los resultados esperados ¿podríamos verdaderamente juzgar de “ineficientes” los planes que generan para solucionar un problema?

Se verá a continuación como las dificultades inhibitorias y la perseveración pueden estar relacionados con la solución de problemas en un contexto de violencia.

Las perseveraciones, que en el estudio es el síntoma más frecuente, en el NEUROPSI se observan como respuestas verbales y motoras repetitivas. Este síntoma se encuentra muy relacionado con la flexibilidad cognitiva, que es la capacidad para cambiar respuestas y estrategias (Flores Lázaro & Ostrosky-Solís, 2008). Flores Lázaro & Ostrosky Solís (2008) consideran que “la excesiva fijación de un criterio, una hipótesis o una estrategia de acción, afectan la solución de problemas” (p. 53). Y esto es cierto la mayoría de las veces, sin embargo, se debe recordar que la población con la que se ha trabajado son víctimas de delitos, y los problemas a los que se enfrentan, muchas veces solas, no son sencillos. Como ya se ha expuesto las estrategias que se suelen proponer a las mujeres no resultan eficientes. Cuando esto ocurre, las personas pueden requerir en el mantenimiento de estrategias que encuentran eficientes en sus contextos, por lo que perseverar puede resultar ventajoso en algunas situaciones (Miller & Scholnick, 2014).

Se explicará cómo es que la perseveración puede surgir y reforzarse a partir del ciclo de la violencia, dinámica que es bastante común en situaciones de violencia de pareja. Este se caracteriza por 3 fases según Deza Villanueva (2012): 1.) acumulación de tensión., esto ocurre cuando las pequeñas agresiones se exacerbaban y generan ansiedad. 2.) episodio agudo. Esto es cuando se genera un evento violento explosivo y su gravedad puede ser distinta. 3.) luna de miel. En esta fase, el agresor se arrepiente y promete que cambiará. Este ciclo además va aumentando en su gravedad, iniciando

con agresiones psicológicas, avanzando de manera gradual pudiendo llegar a agresiones sexuales y el asesinato, requiriendo las mujeres ayuda de otros para poder salir del ciclo (Deza Villanueva, 2012). En este ciclo, las mismas respuestas ocurren una y otra vez: la mujer intenta complacer a su pareja para controlar la frecuencia y gravedad en la que ocurren los agresiones, estos esfuerzos suelen funcionar al inicio de la fase de acumulación de tensión, ocurre la explosión y las muestras de cariño por parte del agresor funcionan como reforzador (Walker, 1989).

Habiendo descrito cómo funciona el ciclo, se puede entender de qué manera estas experiencias van modificando el funcionamiento cognitivo, resultando en perseveraciones motoras y de pensamiento. Lo que parece eficiente de manera intermitente es quedarse en la relación violenta y realizar las acciones aprendidas en el ciclo que con mayor probabilidad evitarán episodios violentos.

Acudir a familiares también puede contribuir al reforzamiento de la perseveración motora y de pensamiento, pues los comentarios que reciben pueden generar miedo a la inestabilidad económica, desintegración familiar, y a alterar el estatus social; por lo que no favorecerán la búsqueda de otras estrategias para resolver la situación (Akl Moanack et al., 2016). Esto puede reforzar creencias relacionados con el género, volviendo así a pensamientos y acciones rígidas sobre cómo se supone que deben actuar las mujeres, las cuáles han sido inculcadas en el proceso de socialización. Así, estas normas estrictas de género podrían estar influyendo en las dificultades de flexibilidad cognitiva y la aparición de síntomas perseverativos.

La capacidad para inhibir una respuesta se asocia con el control conductual (Flores Lázaro & Ostrosky-Solís, 2008). Esta se cuantifica en la el NEUROPSI por la cantidad de respuestas verbales intrusivas que de la participante. Se suele considerar como dificultad ejecutiva la incapacidad para inhibir respuestas que se *sienten correctas*, pero en contextos donde se requiere sobrevivir, seguir la intuición y los impulsos pueden ser apropiado (Miller & Scholnick, 2014). En este sentido, las situaciones de violencia suelen requerir respuestas por parte de las mujeres que mejor aseguren su integridad y las de sus hijos. Complacer a los agresores, quedarse con él y aislarse, aunque pueda ser interpretado como pasividad, son algunas de las estrategias que aumentan la probabilidad de mantenerse a salvo (Walker, 1989).

Se debe tomar en cuenta que cuando se habla de víctimas de violencia, no podemos interpretar o entender la situación de una sola manera, pues variables como la etnia, edad, nivel de ingresos, discapacidad, etc. son diferentes en cada caso (Enander & Holmberg, 2008). El hecho de que algunas mujeres estén interesadas en sus procesos, cooperen o puedan realizar planes “eficientes”, no significa que puedan salir fácilmente de una situación violenta. Sin duda, los recursos cognitivos que poseen son importantes, pero se debe recordar que hay situaciones externas que pueden estar condicionando su permanencia con el agresor. Bell & Naugle (2005) expone que entre los motivos para quedarse se

encuentran: las redes de apoyo incentivan quedarse con el agresor, tienen limitaciones económicas, no encuentran alternativas de vivienda, tienen esperanza de que el agresor cambie, y/o presentan miedo a las consecuencias pues incluso cuando se termina la relación el agresor continúa violentándolas.

Las inferencias se han realizado a partir de lo reportado en la literatura. Futuras investigaciones se beneficiarían de entrevistas con las participantes sobre sus experiencias, dificultades que han tenido en la vida diaria y que pudieran atribuirse a características cognitivas, así como reportes respecto a golpes que hayan podido generar una lesión cerebral.

Se ha tomado en cuenta las situaciones que experimentan, y que pueden estar influyendo en la aparición de ciertos síntomas, en este sentido las observaciones que se han realizado pueden considerarse como características adaptativas. Pero es posible que estos aparezcan o exacerben debido a golpes. Como mencionan Banks & Ackerman (2008) las mujeres que viven violencia de pareja pueden presentar lesiones cerebrales, y con frecuencia no reciben tratamiento o no el tejido cerebral no ha sanado adecuadamente.

Los impactos recibidos en el cráneo provocan un efecto de golpe y contragolpe en el cerebro, que generan lesiones y hemorragias pequeñas, y los lóbulos frontales y temporales suelen resultar afectados (Ardila & Roselli, 2007). Precisamente las observaciones clínicas cualitativas y los resultados cuantitativos apuntan a dificultades que surgen por alteración frontal. No es posible en esta investigación deducir que lo observado a nivel neuropsicológico es consecuencia de golpes en la cabeza por parte de sus agresores, debido a que solo 3 mujeres reportaron dicha situación. Pero aun sabiendo esto, sería adecuado indagar más respecto a detalles del incidente, así como acompañar de imagen cerebral para detectar lesión. En futuros estudios, no debe descartarse la posibilidad lesiones cerebrales, sobre todo debido a que en México la violencia hacia las mujeres en muchos casos escala hasta altos niveles de gravedad.

Recordando que en esa investigación se ha utilizado una prueba de cribado, en futuras investigaciones tendrían que realizarse evaluaciones neuropsicológicas con instrumentos que contengan tareas más complejas y/o con un énfasis en la evaluación de FE que permitan evidenciar diferencias en la ejecución de esta población. Aunque utilizar instrumentos distintos para evaluar diferentes funciones no debe dejarse de lado, tomando en cuenta también que en otros estudios no solo se han encontrado alteraciones en FE, sino también en memoria, lenguaje, habilidades visoespaciales, visomotoras, etc. (García Rueda & Jenaro, 2020)

Por otro lado, podría considerarse la aplicación de pruebas computarizadas. Estas resultan eficientes porque muchas personas pueden ser evaluadas en poco tiempo y la aplicación, puntuación e interpretación son más sencillas al estar programadas, además la medición del tiempo de reacción

en milisegundos en pruebas computarizadas, resulta sumamente importante, para detectar alteraciones sutiles en poblaciones específicas (Bauer et al., 2012). Además, se ha visto en pacientes adultos con diferentes diagnósticos psiquiátricos, que las pruebas computarizadas identifican rápidamente dificultades cognitivas (Brooks et al., 2010). Podría diseñarse para investigar con esta población una prueba Stroop emocional, que sería bastante preciso para medir la velocidad de respuesta, y comparar con alta precisión la ejecución de mujeres que han sido víctimas y no víctimas de violencia de pareja.

Es importante considerar que la violencia de pareja no es lo único que puede generar sintomatología psicopatológica, como observaron Hebenstreit et al. (2014) al trabajar con mujeres que hayan vivido violencia doméstica, abuso sexual o algún abuso antes de los 14 años, las mujeres que habían experimentado mayor cantidad de violencia presentaban más síntomas depresivos. Sabemos que nuestras vivencias impactan en la salud mental y el desempeño cognitivo, por lo que para futuras investigaciones sería necesario considerar eventos posiblemente traumáticos que hayan vivido las participantes a lo largo de su vida.

En casos de violencia en el que las mujeres han sido golpeadas en la cabeza resultando en un traumatismo craneoencefálico o en intentos de estrangulamiento, las consecuencias son aún más marcadas. Ha habido mujeres maltratadas que reportan dificultades en memoria, concentración, habilidad para razonar, y las lesiones no le permiten realizar decisiones adecuadas respecto al cuidado de los niños, su refugio y hacer un plan de seguridad, incluso tienen dificultad para mantenerse en un entrenamiento laboral (Banks & Ackerman, 2002). Mujeres que han vivido intentos de asfixia experimentan pérdida de consciencia, síntomas neurológicos como alteraciones en la visión, disartria, dolor de cabeza, parálisis facial o en extremidades, incontinencia fecal o urinaria, mareos, temblores, convulsiones, vómito, etc., en el ámbito cognitivo presentan amnesia, habla lenta y dificultad en la memoria (Bichard et al., 2021). Por lo que también es necesario tomar en cuenta mujeres que han vivido violencia grave, pues son quienes tienen los efectos más marcados y por lo tanto, las que requieren en mayor medida el diagnóstico y la rehabilitación en el ámbito neuropsicológico.

Este estudio es un acercamiento para conocer las características neuropsicológicas de mujeres que han vivido violencia en México. Como ya se mencionó, la violencia por motivos de género en México es un problema grave, los estudios en estos temas se han abordado desde diversas disciplinas como la antropología, sociología, ciencias políticas, medicina, psicología, etc. En la neuropsicología, rama de la psicología, los estudios con mujeres que han sido víctimas de violencia han ido acumulándose poco a poco, sin embargo, en México no se encontraron estudios en esta área.

La muestra que se ha estudiada es pequeña, y solo toma en cuenta mujeres que han solicitado ayuda. Aunque se sabe que en México violencia por motivos de género se encuentra bastante

extendida, es importante tomar en cuenta que de las mujeres que sufren maltrato muchas no denuncian (INEGI, 2017), y que una gran cantidad de mujeres no considera que hayan vivido violencia a pesar de que sí viven violencia al preguntarles con indicadores precisos (Segato, 2010). Por lo que, a pesar de que se tenga el conocimiento teórico de la prevalencia de la violencia por motivos de género en nuestro país, el trabajo con mujeres que sufren maltrato resulta complicada, sobre todo cuando se reconoce que trata de personas que han sido víctimas de delitos.

Continuar con la investigación en mujeres que han sido víctimas de violencia desde la neuropsicología en México resulta importante porque ya se han observado efectos neuropsicológicos en otros estudios (García Rueda & Jenaro, 2020). Conocer el funcionamiento neuropsicológico de mujeres que han vivido violencia nos permite saber más sobre la forma en que se puede atender a las personas que acuden a servicios de atención. Generalmente se ofrece atención psicológica, jurídica, (Gobierno de Puebla, 2019) y en algunos casos médica y de refugio (Ayuntamiento de Puebla, 2018). Evidentemente la atención neuropsicológica no se ha considerado en el país, pues hace falta generar más conocimiento sobre el funcionamiento cognitivo y difundirlo. La neuropsicología no solo se interesa por conocer el funcionamiento del SNC y los procesos mentales, sino también por generar programas de rehabilitación para los pacientes (Ramos-Galarza, et al., 2017). Por lo que conocer el estado cognitivo de mujeres que han vivido violencia permitirá diseñar rehabilitación neuropsicológica en los casos que sean necesarios, ajustada a las necesidades de cada una de las mujeres.

Como ya se ha mencionado, algunas mujeres presentan, debido a los efectos cognitivos relacionados con la violencia, dificultad en decisiones para mantenerse seguras a ellas mismas y a sus hijos. La dificultad también se presenta en la posibilidad de beneficiarse de la psicoterapia debido estas dificultades cognitivas, específicamente para interpretar emociones y usar información para resolver problemas (Banks & Ackerman, 2002); ante situaciones como estas, las autoras advierten que algunos terapeutas podrían interpretar que la paciente es desobediente o poco cooperativa. Por este motivo es que se debe tomar en cuenta la atención neuropsicológica en los servicios que se ofrecen a mujeres víctimas, un adecuado diagnóstico nos podrá indicar el estado cognitivo y brindar un apoyo dirigido a atender de manera precisa a cada una, evitando también la revictimización. Las dificultades para salir de relaciones violentas no se deben a una supuesta falta de carácter de las víctimas, por ser “desobedientes” o “poco cooperativas”, quienes nos hemos informado en estos temas sabemos que los factores que lo dificultan son múltiples, y con la información que se va acumulando sobre los efectos cognitivos de la violencia, poco a poco va siendo más evidente que también debe tomarse en cuenta la variable neuropsicológica.

Siendo conscientes de que las mujeres que han vivido violencia de pareja, muchas veces se encuentran en procesos legales, debido a que han sido víctimas de un delito, también se debe ver la

neuropsicología como un área que puede aportar al ámbito forense. Como se detalla en el caso presentado por Marín Torices et al. (2016), en el que la mujer que era acusada de haber asesinado a su agresor presentaba efectos cognitivos que coincidían con los que la literatura ha reportado en casos de violencia de género; en dicho caso fue absuelta por haber actuado en defensa propia. En este sentido después de un proceso de evaluación neuropsicológica, entrevistas con personas cercanas a la víctima, e idealmente acompañándose con otros exámenes del funcionamiento neurológico, la neuropsicología puede aportar evidencia de las consecuencias de la violencia que ejerció el agresor y auxiliar en los procesos de justicia.

Dentro de la práctica de neuropsicología forense, debe tomarse en cuenta los antecedentes, así como la posibilidad de simulación. En esta investigación algunos datos fueron retirados debido a que se los resultados podían indicar condiciones previas que era poco probable que se atribuyeran a la violencia, o se sospechaba simulación. Esto puede verse por las respuestas que da el paciente en la entrevista y la consistencia de la información que proporciona y su desempeño en las pruebas y en la vida diaria (Vilar & Aliaga, 2010). Por ejemplo, una mujer cuyas ejecuciones son consistentes con los síntomas reportados, pero que experimentaba incluso antes de entrar a una relación que se tornó violenta, probablemente indica que tenía alguna condición médica previa.

En el caso de la simulación, de acuerdo con Vilar & Aliaga (2010), puede haber sospecha cuando la persona evaluada, motivada por un incentivo, exagera los síntomas. Con mujeres víctimas de violencia, la simulación podría propiciarse por la posibilidad de alguna compensación o de usar los resultados como evidencia que faciliten una sanción al agresor. Y aunque la prevalencia no está del todo clara (Vilar & Aliaga, 2010), “la referencia de quejas con el objeto de obtener una compensación constituye una realidad que no debe ignorarse” (Muñoz-Céspedes & Paúl-Lapedriza, 2001, p.775).

La preocupación por la no revictimización a las mujeres que han vivido violencia es comprensible, y el bienestar de ellas siempre debe estar por encima de cualquier otro interés, en este caso el científico. Sin embargo, resultaría necesario utilizar instrumentos de medición homogéneos en la población al momento de recabar datos sobre tipo, frecuencia y gravedad de violencia. Ya que la uniformidad en esta información facilitaría la cuantificación de su prevalencia en los casos denunciados. Llama la atención que las instituciones en las que se recabó la información, a pesar de ser ambas gubernamentales y del Estado de Puebla, hubiera estas diferencias tan marcadas en la recopilación de datos sumamente importantes en el tema de violencia de género.

Debido a que en el estudio se utilizó un test de cribado, resultaría útil continuar la investigación sobre el desempeño cognitivo en víctimas usando un test más sensible que evalúe FE, o programar pruebas computarizadas. Por otro lado, el número de participantes fue bastante reducido, así que ampliar la muestra nos permitirá obtener una población más representativa. También sería conveniente

incluir un grupo control, integrado por mujeres que no hayan vivido violencia de pareja nunca o en determinado periodo de tiempo, de modo que puedan compararse las ejecuciones de ambos grupos. Así mismo, tendría que reducirse el rango de edad en futuras poblaciones, pues en este grupo había participantes entre los 21 y 54 años, y como ha indicado Ostrosky-Solís et al. (1999), conforme aumenta la edad, las puntuaciones disminuyen principalmente en detección visual, memoria verbal, reacciones opuestas y evocación visual y verbal diferida.

La investigación en México con mujeres víctimas de violencia en el área de neuropsicología es bastante nueva. Dada la problemática tan presente en el país de agresión hacia las mujeres, esta rama de la psicología podría hacer aportes importantes que impactarían en la atención a víctimas tanto en el área de la salud como en la legal.

6. CONCLUSIÓN

En el presente estudio se observó que las mujeres experimentaban más de un tipo de violencia y algunas presentaban sintomatología depresiva, ansiosa y/o TEPT simultáneamente. Al comparar el desempeño de FE según los niveles de depresión, ansiedad y TEPT de las participantes, se observó un tamaño del efecto grande únicamente en TEPT. Esto indica que quienes se encontraban arriba del punto corte de TEPT tenían un peor rendimiento en las tareas de FE, lo cual es consistente con los resultados en otras investigaciones. Considerando el desempeño individual, algunas mujeres tienen puntuación en el límite, o con alteración moderada y severa en distintas subpruebas; aun así, los puntajes totales de todas fueron normales, probablemente debido a que se utilizó una prueba de cribado.

También se han realizado observaciones cualitativas y se asociaron con experiencias que suelen vivir mujeres que han vivido violencia. Las dificultades inhibitorias pueden deberse a que, en situaciones de violencia, hacer lo que *se siente correcto* aumenta la posibilidad de disminuir agresiones y su severidad. El ciclo de violencia y los mismos comentarios de amigos y familiares sobre los roles de género refuerzan perseveraciones de pensamiento y de conducta que dificultan la flexibilidad cognitiva. Y las dificultades para generar y mantener un plan *eficiente* pueden deberse a que, al intentar salir de la relación violenta, los planes que socialmente se han considerado eficientes, no lo han sido en la práctica. En este sentido, se puede deducir que los síntomas neuropsicológicos que se han observado están relacionados con las vivencias de violencia, y podrían ser considerados como efectos adaptativos.

Esta investigación tiene algunas limitaciones. La cantidad de participantes es demasiado pequeña, por lo que los resultados no son representativos, además el rango de edad es amplio, por lo que el desempeño cognitivo de las mujeres más jóvenes podría explicar que no se haya encontrado

relación entre desempeño de FE y los niveles de depresión. Además, se utilizó un test de cribado, por lo que las tareas son sencillas y la prueba no es muy sensible en esta población.

Por otro lado, se tuvo que recopilar el tipo, gravedad y frecuencia de violencia según los datos registrados por las instituciones a las que acudieron las participantes. Al ser dos instituciones diferentes, los instrumentos y sus criterios para la medición eran distintos. A pesar de que ambas instancias gubernamentales son del Estado de Puebla, llama la atención que la información de datos tan relevantes para este tema no se recopile con instrumentos homogéneos.

Las inferencias entre observaciones cualitativas y la actividad de las mujeres se realizaron a partir de lo reportado en la literatura. Por esto, es necesario entrevistar a las participantes respecto a sus experiencias, dificultades en distintos ámbitos que puedan atribuirse a características cognitivas. Para realizar una relación más completa entre experiencia y funcionamiento neuropsicológico.

Hace falta que se siga investigando en este tema, debido a que profundizar en este tema puede impactar positivamente en la atención a mujeres víctimas, dando atención neuropsicológica cuando lo requieran. El área de neuropsicología también podría aportar evidencia entre la relación de la violencia de pareja y las funciones neuropsicológicas de las víctimas, lo cual podría auxiliar en los procesos de justicia.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ackerman, R. & Banks, M. (2003). Assessment, Treatment, and Rehabilitation for Interpersonal Violence Victims. *Women & Therapy*, 26(3-4), 343-363. Doi: 10.1300/J015V26n03_11

Agoff, C., Rajsbaum, A., & Herrera, C. (2006). Perspectivas de las mujeres maltratadas sobre la violencia de pareja en México. *Salud pública de México*, 48(S2), 307-314.

Akhutina, T. V. & Pylaeva, N. M (2012). *Overcoming Learning Disabilities*. Cambridge University Press.

Akl Moanack, P. M., Jiménez, E. P. & Aponte, F. L. (2016). Estrategias de afrontamiento en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar. *Cultura Educación y Sociedad*, 7(2), 105-121. Doi: 10.17981/cultedusoc.07.2.2016.7

Alarcón Forero, L. C., Arújo Reyes, A. P., Godoy Díaz, A. P. & Vera Rueda, M. E. (2010). Maltrato infantil y sus consecuencias a largo plazo. *Med UNAB*, 13(2), 103-115.

Álvarez, A. D. M. (2005). La construcción de un marco feminista de interpretación: la violencia de género. *Cuadernos de trabajo social*, 18, 231-248.

Amor, P., Echeburúa, E., de Corral, P., Zubizarreta, I. & Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(2), 227-246.

Amores-Villalba, A. & Mateos-Mateos, R. (2017). Revisión de la neuropsicología del maltrato infantil: la neurobiología y el perfil neuropsicológico de las víctimas de abusos en la infancia. *Psicología Educativa*, 23(2). <http://dx.doi.org/10.1016/j.pse.2017.05.006>

Ardila, A. & Ostrosky-Solís, F. (1991). *Diagnóstico del Daño Cerebral. Enfoque neuropsicológico*. Trillas.

Ardila, A. & Roselli, M. (2007). *Neuropsicología Clínica*. Manual Moderno.

Ardila, A. & Roselli, M (2019). *Neuropsicología Clínica. Manual Moderno*.

Asociación Médica Mundial (2022). *Declaración de Helsinki de la AMM – Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos*. Asociación Médica Mundial. <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/#:~:text=La%20investigaci%C3%B3n%20m%C3%A9dica%20en%20seres%20humanos%20debe%20ser%20lleada%20a,salud%20competente%20y%20calificado%20apropiadamente>.

Aupperle, R. L., Melrose, A. J., Stein, M. B., & Paulis, M. P. (2012). Executive function and PTSD: Disengaging from trauma. *Neuropharmacology*, 62(2), 686-694. Doi: 10.1016/j.neuropharm.2011.02.008

Ayuntamiento de Puebla. (2018). *Ingreso al Refugio Temporal de Atención*. Ayuntamiento de Puebla. <https://dif.pueblacapital.gob.mx/servicios/item/319-ingreso-al-refugio-temporal-de-atencion>

Banks, M., & Ackerman, R. (2002). Head and Brain Injuries Experienced by African American Women Victims of Intimate Partner Violence. *Women & Terapia*, 20(2-4), 133-143. Doi: 10.1300/J015V25N03_10

Bauer, R. M., Iverson, G. L., Cernich, A. N., Binder, L. M., Ruff, R. M. & Naugle, R. I. (2012). Computerized Neuropsychological Assessment Devices: Joint Position Paper of the American Academy of Clinical Neuropsychology and the National Academy of Neuropsychology. *The Clinical Neuropsychologist*, 26(2), 177-196. Doi: 10.1080/13854046.2012.663001

Bausela Herreras, E. (2006). La neuropsicología de A. R. Luria: coetáneos y continuadores de su legado. *Revista de Historia de la Psicología*, 27(4), 79-92.

Bell, K. M. & Naugle, A. E. (2005). Understanding Stay/Leave Decisions in Violent Relationships: A Behavior Analytic Approach. *Behavior and Social Issues*, 14(1), 21–46. doi:10.5210/bsi.v14i1.11910.5210/bsi.v14i1.119

Bichard, H., Byrne, C., Saville, C. W. N. & Coetzer, R. (2021). The neuropsychological outcomes of non-fatal strangulation in domestic and sexual violence: A systematic review. *Neuropsychological Rehabilitation*. DOI: 10.1080/09602011.2020.1868537

Brenner, L. A., Ladley-O'Brien, S. E., Hardwood, J. E. F., Filey, C. M., Kelly, J. P., Homaifar, B. Y. & Adler, L. E. (2009). An Exploratory Study of Neuroimaging, Neurologic, and Neuropsychological Findings in Veterans With Traumatic Brain Injury and/or Posttraumatic Stress Disorder. *Military Medicine*, 174(4), 347-352.

Brooks, B. L., Iverson, G. L., Sherman, E. M. S., & Roberge, M. C. (2010). Identifying Cognitive Problems in Children and Adolescents with Depression Using Computerized Neuropsychological Testin. *Applied Neuropsychology*, 17(1), 37-43. Doi: 10.1080/09084280903526083

Caricote Agreda, E. A. (2008). Influencia de los padres en la educación sexual de los adolescentes. *Educere*, 12 (40), 79-87.

Carranco, D. B. (2020). La no revictimización de las mujeres en México. *Revista Digital Universitaria*, 21(4). <http://doi.org/10.22201/cuaieed.16076079e.2020.21.4.3>

Carvajal-Castrillón, J. & Restrepo Pelaez, A. (2013). Fundamentos teóricos y estrategias de intervención en la rehabilitación neuropsicológica en adultos con daño cerebral adquirido. *CES Psicología*, 6(2), 135-148.

Chávez Jiménez, A. R. (2012). Masculinidad y feminidad: ¿de qué estamos hablando?. *Educare*, 16. 5-13.

Código Penal Federal. (2021). Estados Unidos Mexicanos: Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión

Comisión de Derechos Humanos del Estado de Puebla. (2021). *Comunicado 079/2020*. Comisión de Derechos Humanos del Estado de Puebla. <https://www.cdhpuebla.org.mx/v1/index.php/difusion/comunicados/294-comunicado-078-2021>

Comisión de Derechos Humanos del Estado de Puebla. (2021b). *02. Programa de la Mujer*. Comisión de Derechos Humanos del Estado de Puebla. <https://www.cdhpuebla.org.mx/v1/index.php/02-programa-de-la-mujer>

Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (2010). *Encuesta Nacional sobre la Discriminación en México ENADIS 2010*. México: Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.

Corsi, J. (2010). La violencia hacia las mujeres como problema social. Análisis de las consecuencias y de los factores de riesgo. *Documentación de apoyo, fundación mujeres*, 1-12.

Daugherty, J. C., Marañón-Murcia, M., Hidalgo-Ruzzante, N., Bueso-Izquierdo, N., Jiménez-González, P., Gómez-Medialdea, P. & Pérez-García, M. (2019). Severity of neurocognitive impairment in women who have experienced intimate partner violence in Spain. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 30(2), 322-340. Doi: 10.1080/14789949.2018.1546886

Daugherty, J. C., Pérez-García, M., Hidalgo-Ruzzante, N. & Bueso-Izquierdo, N. (2021). Perceived Executive Functioning among Female Survivors of Intimate Partner Violence. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 30(1), 25-42. Doi: 10.1080/10926771.2020.1783734.

Deering, C., Templer, D., Keller, J. & Canfield M. (2001). Neuropsychological assessment of battered women: a pilot study. *Perceptual and Motor Skills*, 92, 682-686.

Delgado Álvarez, C., Iraegui Torralba, A., Marquina Torres, L., Martín Tabernero, M. F., Palacios Vicario, B., Plaza Sánchez, J. F., Sendín Melguizo, P. P., Pérez grande, M. D., Revuelta Domínguez, F. I. & Sánchez Gómez, M. C. (2007). Patrones de masculinidad y feminidad asociados al ciclo de la violencia de género. *Revista de Investigación Educativa*, 25 (1), 187-217.

Deza Villanueva, S. (2012). ¿Por qué las mujeres permanecen en relaciones de violencia?. *Avances En Psicología*, 20(1), 45–55. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2012.v20n1.1942>

Díaz Loving, R., Rivera Aragón, S. & Velasco Matus, P. W. (2012). Masculinidad-feminidad y salud mental. *Persona*, 15. 137-157.

Dolan, S., Martindale, S., Robinson, J., Kimbrel N. A., Meyer, E. C., Kruse, M. I., Morissette, S. B., Young, K. A. & Gulliver, S. B. (2012). Neuropsychological Sequelae of PTSD and TBI Following War Deployment among OEF/OIF Veterans. *Neuropsychology review*, 22(1), 31-34. Doi: 10.1007/s11065-012-9190-5

Domínguez Fernández, M., Martínez Silva, I. M., Vázquez-Portomeñe, F. & Rodríguez Calvo, M. S. (2017). Características y consecuencias de la violencia de género: estudio de casos confirmados por sentencia judicial. *Revista Española de Medicina Legal*, 43(3), 115-122. Doi: 10.1016/j.reml.2017.05.001

Domínguez Vela, M. (2016). Violencia de género y victimización secundaria. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 6(1), 3-22.

- Durón Figueroa, R., Cárdenas-López, G., Castro-Calvo, J. & De la Rosa-Gómez, A. (2019). Adaptación de la Lista Checable de Trastorno por Estrés Postraumático para DSM-5 en Población Mexicana. *Acta de Investigación Psicológica*, 9(1), 26-36. <https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2019.1.03>
- Duvvury, N., Carney, P. & Huu Minh, N. (2012). *Estimating the costs of domestic violence against women in Viet nam*. UN Women.
- Enander, V. & Holmberg, C. (2008). Why does she leave? The leaving process(es) of battered women. *Health Care for Women International*, 29. 200-226. Doi: 10.1080/07399330801913802
- Expósito, F. (2011). Violencia de género. *Mente y cerebro*, 48(1), 20-25.
- Fedele, K., Johnson, N. L., Caldwell, J. C., Shteynber, Y., Sanders, S. E., Holmes, . C., & Johnson, D. M. (2018). The impact of comorbid diagnoses on the course of posttraumatic stress disorder symptoms in residents of battered women's shelters. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 10(6), 628-635. <https://doi.org.1037/tra0000335>
- Ferrer Pérez, V. & Bosch Fiol, E. (2005). Introduciendo la perspectiva de género en la investigación psicológica sobre violencia de género. *Anales de psicología*, 21 (1), 1-10.
- Flores Lázaro, J. C. & Ostrosky-Solís, F. (2008). Neuropsicología de Lóbulos Frontales, Funciones Ejecutivas y Conducta Humana. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8(1), 47-58.
- Gagnon, K. L. & DePrince, A. (2016). Head injury screening and intimate partner violence: A brief report. *Journal of Trauma & Dissociation*, 18(4), 635-644. <https://dx.doi.org/10.1080/15299732.2016.1252001>
- Gallegos Argüello, M. D. C. (2012). La identidad de género: masculino versus femenino. En *Libro de Actas del I Congreso Internacional de Comunicación y Género*. (p. 705-718). Facultad de Comunicación. Universidad de Sevilla.
- Gangolli, M., Benetatos, J., Esparza, T. J., Fountain, E. M., Seneviratne, S. & Brody, D. L. (2019). Repetitive Concussive and Subconcussive Injuries in a Human Tau Mouse Model Results in Chronic Cognitive Dysfunction and Disruption of White Matter Tracts, But Not Tau Pathology. *Journal of Neurotrauma* 36(5). <https://doi.org/10.1089/neu.2018.5700>
- García-Leiva, P., Domínguez-Fuentes, J. & García García, C. (2008). Evaluación del estrés postraumático en mujeres víctimas de malos tratos. *Ansiedad y Estrés*, 15(1), 29-38.
- García Navarro, C., Gordillo León, F., & Pérez Nieto, M. (2020). Análisis de las consecuencias cognitivas y afectivas de la violencia de género en relación con el tipo de maltrato. *Ansiedad y Estrés*, 26(1), 39-45. <https://doi.prg/10.1016/j.anyes.2020.01.003>

García Rueda, L. & Jenaro, C. (2020). Alteraciones en funciones cognitivas en mujeres maltratadas: revisión sistemática y meta-análisis. *Psico, Porto Alegre*, 51 (3), 1-18. <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2020.3.33346>

Go, V. F., Johnsonm S. C., Bentley, M. E., Sivaram, S., Srikrishman, A. K., Celentano, D. D. & Solomon, S. (2003). Crossing the threshold: engendered definitions of socially acceptable domestic violence in Chennai, India. *Culture, Health & Sexualitu*, 5(5), 393-408. Doi: 10.1080/136910501164119

Gobierno de México. (s.f). *Dirección General de Epidemiología. Anuario de Morbilidad 1984-2019*. Gobierno de México. Recuperado el 25 de abril de 2021 de <https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html>

Puebla contigo y con rumbo Gobierno Municipal (s.f.). *Secretaría para la Igualdad Sustantiva de Género. Puebla contigo y con rumbo Gobierno Municipal*. <https://gobiernoabierto.pueblacapital.gob.mx/avisos-de-privacidad/secretaria-para-la-igualdad-sustantiva-de-genero>

Gobierno de Puebla (2019). *Asesoría Jurídica y psicológica*. Gobierno de Puebla. <https://sis.puebla.gob.mx/asesoria-juridica-y-psicologica>

Gobierno de Puebla (2019b). *IMP social*. Gobierno de Puebla. <http://ipm.puebla.gob.mx/>

González García, M. A. (2018). Breve recorrido por la historia del Feminismo. *HistoriAgenda*, 3(35), 106-113.

Guzmán Cortés, J. A., Villalva Sánchez, A. F. & Bernal Hernández, J. (2016). La Neuropsicología en la contusión y conmoción cerebral en el deporte. *Neuropsicología Clínica*, 1(1), 19-28.

Hebenstreit, C., Deprince, A. & Chu, A. (2014) Interpersonal Violence, Depression and Executive Function. *Journal of Aggression Maltreatment & Trauma*, 23, 168-187. Doi: 10.1080/10926771.2014.872749

Hernández-Sampieri, R. & Mendoza Torres, C. (2018). *Metodología de la investigación*. Mcgraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.

Hidalgo-Ruzzante, N., Gómez Medialdea, P., Bueso-Izquierdo, N., Jiménez González, P., Martín del Moral, E., & Pérez-García, M. (2012). Secuelas cognitivas en mujeres víctimas de Violencia de Género. 3 Congreso para el estudio de la violencia contra las mujeres.

INEGI. (2015). *Víctimas, inculpados y sentenciados registrados*. INEGI. Recuperado el 25/04/2021 de https://www.inegi.org.mx/temas/victimas/default.html#Informacion_general

INEGI. (2017). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016. INEGI

Jackson, H., Philp, E., Nuttall, R. & Diller, L. (2002). Traumatic Brain Injury: A Hidden Consequence for Battered Women. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33(1), 39-45. Doi: 10.1037//0735-7028.33.1.39

JASP Team (2022). JASP (Version 0.16.3) [Computer software]

Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31.

Kimberg, D., D'Esposito, M. & Farah, M. (1997). Cognitive Functions in the Prefrontal Cortex-Working Memory and Executive Control. *Current Directions in Psychological Science*, 6(6), 185-192. Doi: 10.1111/1467-8721.ep10772959

Lamas, M. (1986). La antropología feminista y la categoría "género". *Nueva Antropología*, 8(30), 173-198.

Lamas, M. (1996). La perspectiva de género. *Revista de Educación y Cultura de la sección*, 47. 216-229

Langarita-Llorente, R. & Gracia-García, P. (2019). Neuropsicología del trastorno de ansiedad generalizada: revisión sistemática. *Revista de Neurología*, 69(2), 59-67. Doi: 10.33588/rn.6902.2018371

Legarde, M. (2005). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Universidad Nacional Autónoma de México.

León-Carrión, J. & León-Jiménez, F. (2000). Propuesta de Lex Artis Deontológica para Neuropsicólogos. *Revista Española de Neuropsicología*, 2(4), 50-57.

Lopera Restrepo, F. (2008). Funciones Ejecutivas: Aspectos Clínicos. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8(1), 59-76.

Luria, A. (1974). *El cerebro en acción*. Editorial Fontanella.

Luria, A. (1986). *Las funciones corticales superiores del hombre*. Distribuciones Fontamara.

Luria, A. R. (2019). *Las funciones corticales superiores del hombre*. Fontamara.

- Luria, A. R. & Artem'eva, E. Y. (1970). Two Approaches to an Evaluation of the Reliability of Psychological Investigations (Reliability of a Fact and Syndrome Analysis). *Soviet Psychology*, 8(3-4), 271-282. <http://dx.doi.org/10.2753/RPO1061-0405080304271>
- Marcano, A. & Palacios, Y. (2017). Violencia de Género en Venezuela. Categorización, Causas y Consecuencias. *Comunidad y Salud*, 15(1), 73-85.
- Marín Torices, M. I., Hidalgo-Ruzzante, N., Daugherty, J. C., Jiménez-González, P. & Pérez García, M. (2017). Validation of neuropsychological consequences in victims of intimate partner violence in a Spanish population using specific effort tests. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 29(1), 86-98. Doi: 10.80/14789949.2017.1339106
- Marín Torices, M., Hidalgo-Ruzzante, N., Tovar Sabio, V. & Pérez García, M. (2016). Neuropsicología forense en un caso de violencia de género. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 24(2), 361-376.
- Mazo, A., Martín, P. & Arénalo, J. (1999). Desempeño Neuropsicológico y SPECT en Depresión Mayor. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 28(3), 189-204
- McClintock, S. M., Husain, M. M., Greer, T. L. & Cullum C. M. (2010). Association Between Depression Severity and Neurocognitive Function in Major Depressive Disorder: A Review and Synthesis. *Neuropsychology*, 24 (1), 9-34. Doi: 10.1037/a0017336
- Melgar Alcantud, P. & Valls Carol, R. (2010). "Estar enamorada de la persona que me maltrata": socialización en las relaciones afectivas y sexuales de las mujeres víctimas de violencia de género. *Trabajo social global*, 1 (2), 148-161.
- Mendoza Mojica, S. A., Márquez Mendoza, O., Guadarrama Guadarrama, R. & Ramos Lira, L. E. (2013). Medición del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) en universitarios mexicanos. *Salud Mental*, 36(6), 493-503.
- Miller, P. H. & Scholnick, E. K. (2015). Feminist theory and contemporary developmental psychology: The case of children's executive function. *Feminism & Psychology*, 25(3), 266-283. Doi: 10.1177/0959353514552023
- Molina Rico, J. E. & Moreno Méndez, J. H. (2015). Percepción de la experiencia de violencia doméstica en víctimas de maltrato de pareja. *Universitas Psychologica*, 14(3), 997-1008. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy14-3.pevd>
- Monje Álvarez, C. (2011). *Metodología de la Investigación Cuantitativa y Cualitativa*. Universidad Surcolombiana.

Montero, L., Fontana, E., Querejeta, A., Farías Sarquís, Y., Moreno, M., Roqué, D., Marengo, L. & Cabrera, M. (2017). Relación entre Funciones Ejecutivas Frías, Cálidas e Inteligencia. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 3(2), 234-247.

Muñoz-Céspedes, J. M. & Paúl-Lapedriza, N. (2001). La detección de los posibles casos de simulación después de un traumatismo craneonecefálico. *Revista de Neurología*, 32(8), 773-778. DOI:10.33588/rn.3208.2000186

Morrison, J. (2015). *DSM-V Guía para el Diagnóstico Clínico*. Manual Moderno.

Naharro, M. L., Soler, J. & Falcone, D. (2010). El rol del neuropsicólogo forense en los tribunales. En Jarne, A. & Aliaga, A (comps). *Manual de Neuropsicología forense. De la clínica a los tribunales*. (13-45). Herder

ONU Mujeres (s.f.). *Preguntas frecuentes: Tipos de violencia contra las mujeres y las niñas*. ONU Mujeres. <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence>

Organización Mundial de la Salud. (2002). *World Report on Violence and Health: Summary*. Organización Panamericana de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Violencia*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/topics/violence/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Violencia contra la mujer*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

Ostrosky-Solís, F., Ardila, A. & Roselli, M. (1999). NEUROPSI: A brief neuropsychological test battery in Spanish with norms by age and educational level. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 5(5), 413-433. Doi: 10.1017/S1355617799555045

Otero Siliceo, E. & Padilla Rubio, J. (2004). Dementia Pugilistica 1a. parte. *Archivos de neurociencias*, 9(2), 11-199.

Otzen, T. & Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>

Padrós Blázquez, F., Montoya Pérez, K. S., Bravo Calderón, M. A. & Martínez Medina, M. P. (2020). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Beck Anxiety Inventory) en población general de México. *Ansiedad y Estrés*, 26, 181-187. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2020.08.002>

- Piñeres Botero, C. G., Coronel, E. & Pérez, C. A. (2009). Revisión teórica del concepto de victimización secundaria. *Liberabit*, 15(1), 49-58.
- Plazaola-Castaño, J. & Ruiz Pérez, I. (2004). Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. *Medicina Clínica (Barc)*, 122(12), 461-467. Doi: 10.1157/13060003
- Puerta Lopera, I. C., Arango Tobón, E., Betancur Arias, J. D. & Sánchez Duque, J. W. (2016). Diagnóstico de Simulación de Disfunción Neurocognitiva en sujetos que presentan accidentes laborales. *Archivos de Medicina*, 16(2), 445-454.
- Quintanar Rojas, L. (2002). La Escuela Neuropsicológica Soviética. *Revista Española de Neuropsicología*, 4(1), 15-41.
- Quintanar Rojas, L. & Lázaro, E. (2009). La rehabilitación neuropsicológica a través de la reorganización de los sistemas funcionales. En Escotto, A., Pérez, M. & Villa, M. (2009). *Desarrollo y alteraciones del lenguaje, neuropsicología y genética de la inteligencia*. México, UNAM.: 249-273
- Quintanar Rojas, L., Solovieva, Y. (2013). *Evaluación neuropsicológica breve para adultos*. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- Ramírez, J. C. & Uribe, G. (1993). MUJER Y VIOLENCIA: UN HECHO COTIDIANO. *Salud Pública de México*, 35(2), 148-160.
- Ramírez, R. M., Chirivella-Garrido, M. C., Caballero, M. C., Ferri-Campos, J. & Noé-Sebastián. (2004). Inteligencia, memoria y simulación: correlaciones entre instrumentos de medida. *Revista de Neurología*, 38(1), 28-33.
- Ramos Galarza, C. (2020). Los alcances de una investigación. *CienciAmérica*, 9(3). <http://dx.doi.org/10.33210/ca.v9i3.336>
- Ramos-Galarza, C., Ramos, V., Jadán-Guerrero, J., Lepe-Martínez, N., Paredes-Núñez, L., Gómez-García, A. & Bolaños-Pasquel, M. (2017). Conceptos Fundamentales en la Teoría Neuropsicológica. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 26(1), 53-60.
- Rico, M. (1996). *Violencia de género: un problema de derechos humanos*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Roberts, A. & Jung H. K. (2005). Exploring the Effects of Head Injuries Among Battered Women. *Journal of Social Service Research*, 32(1), 33-47. Doi: 10.1300/J079v32n01_03
- Roberts, G., Whitwell, H., Acland, P. & Bruton, C. (1990). Dementia in a punch-drunk wife. *The Lancet*, 335(8694), 918-919. Doi: 10.1016/0140-6736(90)90520-f

- Robles, R. Valera, R., Jurado, S. & Páez, F. (2001). Versión Mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades Psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2), 211-218.
- Rodríguez, E. P., Pujal, M., i Llombart, M. P. & Ayter, I. L. (2007). *El feminismo y la violencia de género* (Vol 9). Editorial UOC.
- Rodríguez, M. & Mendivelso, F. (2018). Diseño de investigación de corte transversal. *Revista Médica Sanitas*, 21(3), 141-146.
- Roebuck-Spencer, T., Glen, T., Puente, A. E., Denney, R. L., Ruff, R. M., Hostetter, G. & Bianchini, K. J. (2017). Cognitive Screening Tests Versus Comprehensive Neuropsychological Test Batteries: A National Academy of Neuropsychology Education Paper. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 32(4), 491-498. <https://doi.org/10.1093/arclin/acx021>
- Sánchez Núñez, M. T., Fernández-Berrocal, P., Montañés Rodríguez, J. & Latorre Postigo, J. m. (2008). ¿Es la inteligencia emocional una cuestión de género? Socialización de las competencias emocionales en hombres y mujeres y sus implicaciones. *Electronic journal of Research in Educational psychology*, 6 (2), 455-474.
- Scott, W. W. (1940). Physiology of concussion. *Archives of Neurology And Psychiatry*, 43(2), 270-283. Doi: 10.1001/archneurpsyc.1940.02280020078006
- Secretaría de Gobernación & Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres. (2017). *El costo de la violencia contra las mujeres en México*. CEPAL – Naciones Unidas.
- Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública. (2021). *Datos Abiertos de Incidencia Delictiva*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/sesnsp/acciones-y-programas/datos-abiertos-de-incidencia-delictiva?state=published>
- Segato, R. (2010). *Las estructuras elementales de la violencia*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- Segato, R. (2018). *Contra-pedagogías de la crueldad*. Prometeo Libros.
- Seijas Gómez, R. (2012). Aspectos Neurobiológicos y Neuropsicológicos del trastorno por estrés postraumático. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, (104), 19-28.
- Smith Bonilla, B. & Alvarez Morales, M. (2007). Revictimización un fenómeno invisibilizado en las instituciones. *Revista Medicina Legal de Costa Rica*, 24(1), 65-101.

Solovieva, Y., Lázaro García, E. & Quintanar, L. (2008) Aproximación histórico-cultural: evaluación de los trastornos de aprendizaje. En: Eslava-Covos, Mejía, Quintanar & Solovieva (Eds.) *Los trastornos del aprendizaje: perspectivas neuropsicológicas*. Colombia: Magisterio

Solovieva, Y., Quintanar Rojas, L., Akhutina, T. & Hazin, I. (2019). Historical-Cultural Neuropsychology: a systemic and integral approach of psychological functions and their cerebral bases. *Estudios de Psicología*, 24(1), 65-75. Doi: 10.22491/1678-4669.20190008

Stein, M. B., Kennedy, C. M. & Twamley, E. W. (2002). Neuropsychological function in female victims of intimate partner violence with and without posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 52(11), 1079-1088. Doi: 10.1016/s0006-3223(02)01414-2

Rico, N. (1996). *Violencia de género: un problema de derechos humanos*. CEPAL.

Talizina, N., Solovieva, Y. & Quintanar Rojas, L. (2010). La aproximación de la actividad en psicología y su relación en el enfoque histórico-cultural de L. S. Vigotsky. *Novedades Educativas*, 230, 4-8.

Tirapu Ustárroz, J. (2007). La evaluación neuropsicológica. *Intervención Psicosocial*, 16(2), 189-211.

Tsvetkova, L. (1998). Bases teóricas, objetivos y principios de la enseñanza rehabilitatoria. En Quintanar L. (comp.) *Problemas teóricos y metodológicos de la Rehabilitación Neuropsicológica* (pp. 239 – 258). México: Universidad Autónoma de Tlaxcala.

Tysvaer, A. T. & Storli, O. -V. (1989). Soccer injuries to the brain. *The American Journal of Sports Medicine*, 17(4), 573-578. Doi: 10.1177/036354658901700421

Ugalde Binda, N. & Balbastre Benavent, F. (2013). Investigación cuantitativa e investigación cualitativa: buscando las ventajas de las diferentes metodologías de investigación. *Revista de Ciencias Económicas*, 31(2), 179-187.

Valdez-Santiago, R., M., Híjar-Medina, M., Salgado de Snyder, V., Rivera-Rivera, L., Avila-Burgos, L. & Rojas, R. (2006). Escala de violencia e índice de severidad: una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas. *Salud Pública de México*, 28(2). S221-S231.

Valera, E., & Berenbaum, H. (2003). Brain Injury in Battered Women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 797-804. Doi: 10/1037/0022-006X.71.4.797

Valera, E., Cao, A., Pasternak, O., Shenton, M. E., Kubicki, M., Makris, N. & Adra, N. (2018) White Matter Correlates of Mild Traumatic Brain Injuries in Women Subjected to Intimate-Partner Violence: A preliminary Study. *Journal of Neurotrauma*, 36(5). DOI: 10.1089/neu.2018.5734

- Vilar, R. & Aliaga, A. (2010). La evaluación de la simulación. En Jarne, A. & Aliaga, A. (comps). *Manual de neuropsicología forense. De la clínica a los tribunales*. Herder.
- Weeks, J. (1998). La invención de la sexualidad. En *Sexualidad*. Paidós, México.
- World Health Organization. (2016). *Ethical and safety recommendations for intervention research on violencia against women: building on lessons from the WHO publication Putting women first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women*. World Health Organization.
- Xomskaya, E. (2002). La escuela neuropsicológica de A.R. Luria. *Revista Española de Neuropsicología*, 4(2-3), 130-150.
- Zaldívar-Cerón, A., Gurrola-Peña, G. M., Balcázar-Nava, P., Moysén-Chimal, A. & Esquivel-Santoveña. (2015). Las mujeres separadas de cara a la violencia de sus exparejas. Rumbo a su caracterización. *Ciencia UAT*, 10(1), 83-92.
- Zapata Yance, L., Para De La Rosa, K., Barrios, D. & Rojas Santiago, M. (2016). Efecto de la Violencia y Esquemas Cognitivos en el Cortisol de Mujeres Violentadas por sus Parejas. *Universitas Psychologica*, 15(5). Doi: 10.11144/Javeriana.upsy15-5.evec
- Zelazo, P. & Cunningham, W. (2007). Executive Function: Mechanisms Underlying Emotion Regulation. En Gross, J. *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 135-158).
- Zelazo, P. & Frye, D. (1998). Cognitive Complexity and Control: II. The Development of Executive Function in Childhood. *Current Directions in Psychological Science*, 7(4), 122-125. Doi: 10.1111/1467-8721.ep10774761