

CARACTERÍSTICAS NEUROPSICOLÓGICAS DE MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA

NEUROPSYCHOLOGICAL PROFILE OF WOMEN VICTIMS OF INTIMATE PARTNER VIOLENCE

ISABEL RODRÍGUEZ IPIÑA¹

JORGE ALBERTO GUZMÁN CORTÉS²

¹Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México.
isa.ipinha@gmail.com

²Escuela Superior de Actopan-Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México.
jorge_guzman@uach.edu.mx

Resumen

La violencia de pareja es un problema que afecta principalmente a las mujeres. Algunos estudios han demostrado que existen alteraciones neuropsicológicas en las víctimas. Dichos cambios se pueden presentar a consecuencia de los traumatismos craneoencefálicos, o a consecuencia de psicopatologías que suelen presentar las víctimas como depresión, trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y trastorno de estrés postraumático (TEPT). A pesar de que la vio-

DOI: <https://doi.org/10.32870/lv.v7i58.7694>

REVISTA DE ESTUDIOS DE GÉNERO, LA VENTANA, NÚM. 58, JULIO-DICIEMBRE 2023, PP. 185-217, ISSN 14059436/EISSN 2448-7724

lencia hacia la mujer es un problema a nivel nacional e internacional, no se cuenta con suficiente evidencia acerca de las alteraciones neuropsicológicas de la violencia en mujeres. 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. Se evaluó el desempeño cognitivo mediante la evaluación neuropsicológica breve en español-NEUROPSI, y la presencia de síntomas psicopatológicos con el uso de el inventario de depresión de Beck II, versión mexicana del inventario de ansiedad de Beck y lista checable de trastorno por estrés postraumático para DSM-5, para posteriormente comparar los resultados a nivel intragrupal 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 a favor del grupo sin TEPT ($p = .007$). Conocer el desempeño cognitivo de mujeres que han vivido violencia permitirá hacer aportes importantes que impactarían en la atención a víctimas tanto en el área de la salud como en la legal.

Palabras clave: neuropsicología, violencia de género, funcionamiento cognitivo, neuropsicología forense

Abstract

Intimate partner violence is a problem that mainly affects women. Some studies have shown that there are neuropsychological effects in women who have been victims of violence. These changes can occur due to head injuries, or as a result of psychopathologies that victims usually experience such as depression, Generalized Anxiety Disorder (GAD) and Post-traumatic Stress Disorder (PTSD). Despite the fact that violence against women is a national and international problem, there is not enough evidence about the neuropsychological effects of violence on women. The objective of this research is to analyze the cognitive performance of women who have been victims of intimate partner violence in the last year. Cognitive performance was assessed through the Brief Neuropsychological Evaluation in Spanish-NEUROPSI, and the presence of psychopathological symptoms with the use of Beck depression inventory II, mexican version of Beck's anxiety inventory and post traumatic stress disorder checklist for DSM-5. To later compare the results at intra-group level and determine the characteristics of the sample. A strong negative correlation (-.639) was found between PTSD and TFE. Finally, a Mann-Whitney U for the TFE, where the grouping variable was the absence or presence of PTSD, a significant difference was found in favor of the group without PTSD ($p=.007$). Knowing the cognitive performance of women who have experienced violence will make important contributions that would impact on care to victims in both health and legal areas.

Keywords: neuropsychology, gender violence, cognitive functioning, forensic neuropsychology

RECEPCIÓN: 16 DE NOVIEMBRE DE 2022/ACEPTACIÓN: 09 DE FEBRERO DE 2023

INTRODUCCIÓN

La violencia hacia las mujeres es un problema extendido a nivel mundial en el cual los principales agresores son las personas más cercanas a ellas. Cuando las conductas de las parejas o exparejas dañan a nivel psicológico, físico o sexual, estamos hablando violencia contra las mujeres en la pareja (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). En México, 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 (Instituto Nacional de Geografía y Estadística [INEGI], 2017).

Se ha visto que las mujeres que han vivido violencia de pareja también presentan déficit en el desempeño neuropsicológico, que podría ser atribuido al maltrato del que fueron víctimas. Entre los síntomas que se reportaron en el estudio de Jackson et al. (2002) se encontró distraibilidad, olvidos, dificultad para

poner atención, recordar cosas y hacer más de una cosa al mismo tiempo; presentándose además una correlación positiva entre la cantidad y frecuencia de los golpes y la gravedad de los síntomas. 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 del grupo control. Un resultado similar se encontró en la población del estudio de Valera y Berenbaum (2003), en el que dicha población reportó problemas de memoria, atención y concentración, además de que se observaron alteraciones de las habilidades cognitivas debido a lesiones cerebrales provocadas por la violencia que vivían.

En 4 casos revisados previamente sobre el tema se encontró que una mujer presentaba dificultad para concentrarse y para recordar información, y otra mujer tenía dificultades en tareas de concentración, atención, acceso al léxico y un bajo desempeño en velocidad de procesamiento (Ackerman y Banks, 2003). El caso estudiado por Banks y Ackerman (2002) muestra problemas de atención, concentración, memoria a corto plazo, dificultad para interpretar emociones, regular sus emociones y resolver problemas. El caso de Marín Torices et al. (2016) presentó dificultades en memoria de trabajo, inhibición, flexibilidad y razonamiento abstracto. A pesar de que cada uno de estos casos presenta otros síntomas neuropsicológicos, es importante resaltar que todas coinciden en alteraciones en el Funcionamiento

Ejecutivo (FE), evidenciado por los síntomas que han sido descritos.

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. Se observó que 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.

Del mismo modo, al evaluar y comparar a mujeres maltratadas y un grupo control, más de la mitad de las participantes del primer grupo obtuvieron puntuaciones en el rango de deterioro en las pruebas índice de deterioro de Halstead-Reitan y en la prueba rápida de escaneo neuropsicológico haciendo notar que ninguna mujer del grupo control obtuvo puntuación en rango de deterioro (Deering et al., 2001). 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.

Estas alteraciones neuropsicológicas pueden ser causadas por traumatismo craneoencefálico. El efecto de golpe y contragolpe generado por el impacto recibido genera lesiones, lo cual a su vez provoca alteraciones cognitivas (Ardila y Roselli, 2019). Sin embargo, los golpes no son la única causa de un deterioro en el funcionamiento neuropsicológico, la presencia de síntomas psicopatológicos también puede modificarlo. Se ha visto en distintos estudios que la presencia de trastorno de estrés postraumático (TEPT), ansiedad y depresión empeora el funcionamiento cognitivo de las mujeres, afectándose de manera principal las Funciones Ejecutivas (FE) (García-Rueda y Jenaro, 2020).

Se ha encontrado que cuando las mujeres que han sido víctimas de violencia de pareja, aquellas que además presentaban TEPT tenían más dificultades en tareas de flexibilidad cognitiva; y mujeres víctimas con o sin TEPT presentaban problemas para resolver tareas de memoria de trabajo y atención sostenida (Stein et al., 2002). En el estudio de García Navarro et al. (2020), las mujeres que tenían altos niveles de TEPT se desempeñaron peor en tareas de memoria de trabajo comparadas con las que tenían niveles bajos. Lo que parece ser consistente es una alteración en FE ante la presencia de TEPT. Sin embargo, no hay precisión respecto a qué FE se alteran, se espera diferencia entre pacientes debido a que la severidad, intensidad y duración del trauma es distinto para cada uno (Stein et al., 2002).

Todo esto resulta de suma importancia en la atención de mujeres víctimas de violencia. 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 a la alteración de las funciones cognitivas debido al maltrato que han vivido.

No se ha encontrado suficiente información científica sobre el desempeño cognitivo de las mujeres víctimas de violencia en México. Por lo que la investigación puede ser un primer paso para visibilizar la problemática e indicar la necesidad de la atención neuropsicológica en esta población. Además, la evaluación neuropsicológica se ha utilizado ya en el ámbito forense, como lo demuestran Marín-Torices et al. (2016), que evaluaron los procesos cognitivos de una mujer víctima de violencia de pareja, y los resultados aportaron evidencia de daño por maltrato, lo cual auxilió al proceso de justicia.

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. Por ello, 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.

MÉTODO

Se trata de un estudio cuantitativo, exploratorio y no experimental.

PARTICIPANTES

Se evaluó a un solo grupo de mujeres que han sido víctimas de violencia de pareja y que acudían a los servicios de dos instituciones gubernamentales que atienden a víctimas de violencia en el Estado de Puebla. Se utilizó la técnica de muestreo por conveniencia, las participantes debían cumplir con las siguientes características.

Criterios de inclusión:

- (1) Haber sufrido violencia por parte de su pareja en el último año; el tipo y gravedad de la violencia ha sido determinada por una psicóloga y/o abogada de las instituciones en las que se recopiló la información.
- (2) Haber vivido violencia de tipo psicológica, física y/o sexual.
- (3) Ser mexicana.
- (4) Tener

una edad de entre 18 y 55 años. (5) Haber cursado al menos 4 años de educación formal.

Criterios de exclusión:

(1) Mujeres que consumieran sustancias psicoactivas y/o padecieran alcoholismo. (2) Contar con antecedentes de alteraciones neurológicas o neuropsicológicas clínicamente demostrables previas al maltrato. (3) Haber sido diagnosticadas con un trastorno psiquiátrico.

Se recopiló información de 18 mujeres que cumplían con estos criterios, sin embargo, se excluyó a 4 participantes debido a que las dificultades en la ejecución podían atribuirse a una condición previa a la violencia y/o posible simulación.

La edad de las participantes osciló entre los 21 y 54 años ($M=34.857$, $DE=9.181$). En la Tabla 1 se presenta la escolaridad y estado civil de las mujeres.

Tabla 1

Escolaridad	Frecuencia
Secundaria	4
Bachiller/preparatoria	5
Carrera técnica	1
Licenciatura	3
Maestría	1
Estado civil	Frecuencia
Soltera	9
Casada	5

Fuente: elaboración propia

INSTRUMENTOS

Para evitar la revictimización, a petición de las instituciones gubernamentales, la siguiente información fue recopilada de los registros de ambos institutos: (1) Demográfica: edad, estado civil, escolaridad, nivel de

ingresos. (2) Tipo de violencia: psicológica, física, económica, patrimonial, sexual. (3) Gravedad de la violencia / nivel de riesgo. (4) Frecuencia de la violencia.

Para medir las variables psicopatológicas se utilizó:

- Inventario de depresión de Beck II. El instrumento fue validado para su uso en población mexicana por Jurado et al. (1998) y consiste en 21 reactivos que incluyen síntomas de depresión del DSM-IV. 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" 29-30.
- Lista checable de trastorno por estrés postraumático para DSM-5. Instrumento validado para población mexicana por Durón Figueroa et al. (2019). Este contiene 20 reactivos relacionados con sintomatología según criterios de diagnósticos de reexperimentación, evitación, activación y alteraciones cognitivas, y se califica en escala de tipo Likert de 0 (nada) a 4 (totalmente). 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. El instrumento contiene 21 ítems relacionados con

síntomas de ansiedad, se debe indicar si han estado presentes en la última semana tomando en cuenta el día de la aplicación, puntuándose como poco o nada, más o menos, moderadamente y severamente. 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. Este ha sido validado por Robles et al. (2001).

Para la evaluación de las funciones cognitivas se consideró la siguiente batería:

- Evaluación neuropsicológica breve en español 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 y Roselli, 2019). Las funciones cognitivas se evalúan con tareas específicas y el desempeño en estas pruebas permite conocer si la función se encuentra alterada o conservada, según menciona Ostrosky-Solís et al. (1999). El NEUROPSI permite obtener información relacionada con síndromes neuroanatómicos, mediante la evaluación la orientación, atención, lenguaje, memoria, visomotricidad, FE, lectura, escritura y cálculo. Esta prueba cuenta con datos normativos para población mexicana por edad y escolaridad.

PROCEDIMIENTO

El proyecto de investigación se presentó a las instituciones de gobierno, las personas encargadas de ambas instancias firmaron una carta informativa respecto a los instrumentos a aplicar, la información a la que se requería acceso y la necesidad de grabar el desempeño de las mujeres. En las instituciones se les preguntó a las usuarias que cumplían los criterios de inclusión y se citó a aquellas que mostraron interés.

Las mujeres 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. Durante la recolección de datos con cada mujer, y respondiendo a las sugerencias de la Organización Mundial de la Salud (*World Health Organization*) [WHO] (2016) de dar oportunidad a las participantes de manera explícita para retirarse de la investigación, se les 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 investigadora, estudiante de posgrado en neuropsicología, capacitada para la evaluación. Se grabó audio y video de las participantes durante las ejecuciones del NEUROPSI, dando la espalda a la cámara para salvaguardar su identidad.

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

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 de las variables total codificación y total FE ($p < .05$) fue diferente a la normal.

Asimismo, se realizó una correlación de *Pearson* o *Spearman* dependiendo del tipo de distribución, entre las puntuaciones

directas de depresión, ansiedad y TEPT y el total de cada una de las variables neuropsicológicas.

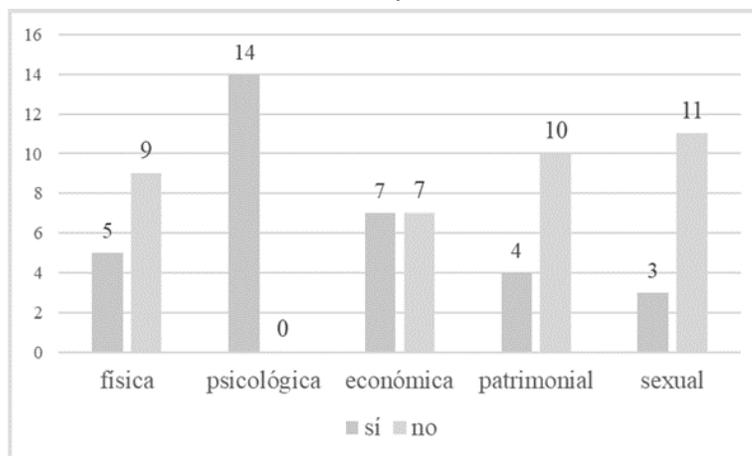
Posteriormente se realizó una U de *Mann-Whitney* para el total de FE, donde la variable de agrupación fue la ausencia o presencia de TEPT.

RESULTADOS

En la Figura 1 se presenta la frecuencia de los distintos tipos de violencia que reportaron las participantes.

Figura 1

Frecuencia de tipos de violencia



Fuente: elaboración propia

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 Tabla 2 el nivel de riesgo registrado por las dos instituciones de gobierno y la frecuencia con la que ocurrió la violencia según los indicadores establecidos solo por una de las instituciones. Estos datos son solo de 9 mujeres, pues eran las usuarias de esta instancia.

Tabla 2

Frecuencia de nivel de riesgo y frecuencia de la violencia

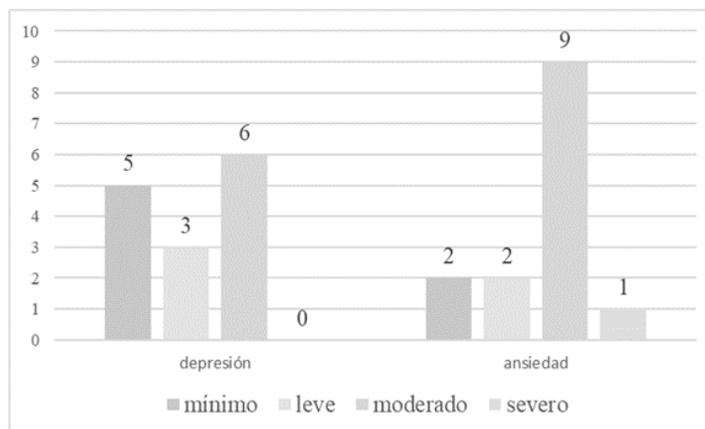
Nivel de riesgo	Frecuencia
Bajo	8
Medio	3
Alto	2
Inminente	1
Frecuencia de la violencia	
1 vez al mes	4
Esporádica	3
Diaria	1
No especificado	1

Nota. La variable “frecuencia de la violencia” presenta datos de 9 participantes debido a que esta era especificada solo en una de las instituciones gubernamentales a las que se acudió.
Fuente: elaboración propia

Respecto a la presencia de psicopatología en las mujeres que fueron evaluadas, en la figura 2 se observa la cantidad de mujeres que presentaron cada nivel de depresión y ansiedad, y en la Figura 3 si se encontraron por arriba o abajo del punto corte de TEPT.

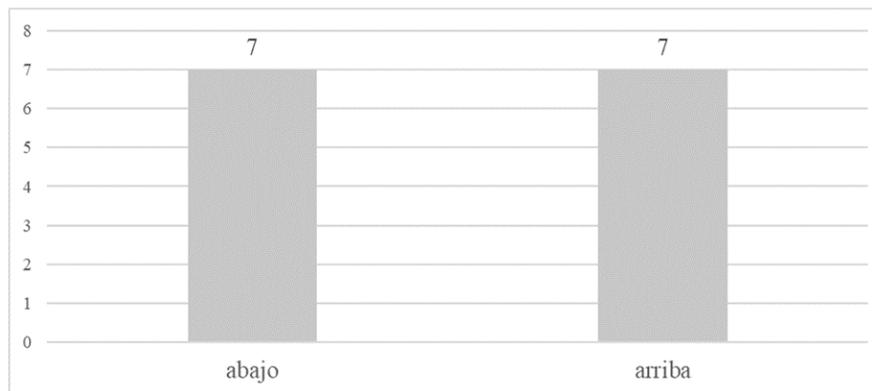
Figura 2

Frecuencia de niveles de depresión y ansiedad



Fuente: elaboración propia

Figura 3
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.

Fuente: elaboración propia

Los puntajes totales de la prueba NEUROPSI que obtuvieron las mujeres se encontraron 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 3 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 4 la estadística descriptiva de estos mismos datos.

Tabla 3
*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

Fuente: elaboración propia

Tabla 4
*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	51.571	2.571	9.071	5.571	112.964
Desviación estándar	1.207	1.01	3.858	6.642	0.756	1.072	1.505	6.166
Mínimo	22	13.6	18	38	1	7	2	105.5
Máximo	27	17.6	30	66	3	10	8	124.6

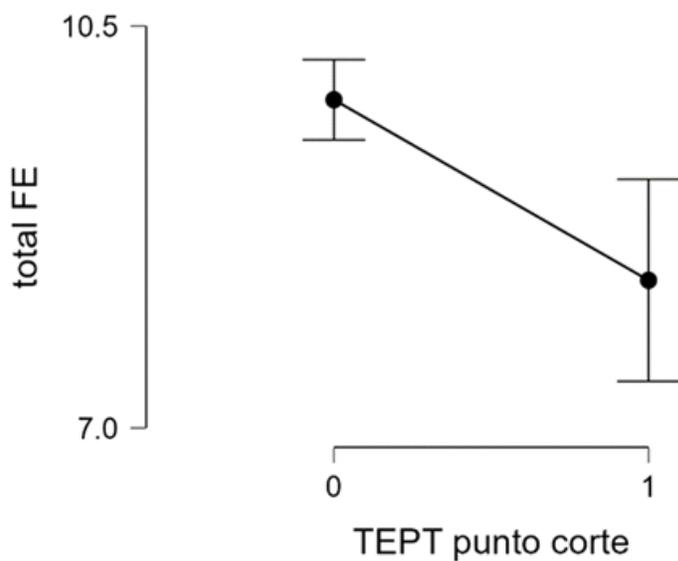
Fuente: elaboración propia

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 4

Puntaje de TFE en relación con el punto corte TEPT



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

Fuente: elaboración propia

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

DISCUSIÓN

Al evaluar el desempeño neuropsicológico, se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p=.007$) entre la puntuación total de funciones ejecutivas (TFE) y la presencia o ausencia de TEPT. Las mujeres que se encontraron arriba del punto corte de TEPT tenían peor desempeño en tareas de FE que mujeres que se encontraron por debajo del punto corte.

Las alteraciones en FE se han reportado en mujeres víctimas de violencia de pareja: específicamente en inhibición, planeación y toma de decisiones (Daugherty et al., 2019). Otros estudios de caso de mujeres en situación de violencia han encontrado síntomas relacionados con bajo desempeño en FE como impulsividad, problemas en memoria de trabajo, atención y concentración, (Ackerman y Banks, 2003; Banks y Ackerman, 2002; Marín Torices et al., 2016). 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.

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) encontraron que mujeres víctimas con alto y bajo nivel de TEPT solo tenían diferencias en la memoria de trabajo.

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, sobre todo si son amenazantes. La revisión realizada por Aupperle et al. (2012) indica consistencia en la relación entre presencia de TEPT y dificultades inhibitorias y de atención sostenida, 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.

Del mismo modo, Aupperle et al. (2012) mencionan que hay inconsistencia en las dificultades en atención auditiva, memoria de trabajo y flexibilidad, 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 característicos del TEPT.

Hay coherencia en cuanto a que las capacidades cognitivas alteradas en mujeres víctimas de violencia de pareja son las FE, sin embargo, no hay un acuerdo en 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 anteriores al trauma, además de que el mismo trauma es distinto en cuanto a severidad, intensidad y duración (Stein et al., 2002). Los autores afirman que, aunque se espera disfunción ejecutiva, habrá discrepancias en la manifestación del TEPT.

Conocer el funcionamiento neuropsicológico de mujeres que han vivido violencia permite saber más sobre la forma en que se puede atender a las personas que acuden a servicios de atención. La neuropsicología no solo se interesa por conocer el funcionamiento del sistema nervioso central y los procesos psicológicos, sino también por generar programas de rehabilitación para los pacientes (Ramos-Galarza et al., 2017). Por lo tanto conocer el estado cognitivo de mujeres que han vivido violencia permitirá diseñar rehabilitación neuropsicológica en los casos que sea necesaria, ajustada a las necesidades de cada una de las mujeres.

Algunas mujeres, debido a los efectos cognitivos relacionados con la violencia, presentan dificultad en la toma de deci-

siones para mantenerse seguras a ellas mismas y a sus hijos. Además, estas dificultades cognitivas representan un obstáculo para beneficiarse de la psicoterapia, en específico para interpretar emociones y usar información para resolver problemas (Banks y 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 considerar 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", 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). La neuropsicología puede aportar evidencia de las consecuencias de la violencia que ejerció el agresor y auxiliar en los procesos de justicia.

Dentro de las limitaciones de la presente investigación es importante considerar que se utilizó como instrumento de evaluación la prueba NEUROPSI, que de acuerdo con Ostrosky-Solís et al. (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 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 examinarse con mayor profundidad. Resultaría útil continuar la investigación sobre el desempeño cognitivo en víctimas usando pruebas más sensibles que evalúen las FE, o tareas computarizadas.

Por otro lado, el número de participantes fue bastante reducido, así que ampliar la muestra nos permitirá obtener una población más representativa, para realizar análisis por el tipo de violencia, frecuencia e intensidad. 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. 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 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.

En casos de violencia en el que las mujeres han sido golpeadas en la cabeza resultando en un traumatismo craneoencefálico, o han sufrido intentos de estrangulamiento, las consecuencias son aún más marcadas. 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, entre otras, en el ámbito cognitivo presentan amnesia, habla lenta y dificultad en la memoria (Bichard et al., 2021). Por lo que también se debe trabajar con mujeres que han vivido violencia grave, puesto que son quienes requieren en mayor medida el diagnóstico y la rehabilitación en el ámbito neuropsicológico.

Debemos tomar en cuenta que la violencia contra las mujeres en la pareja no es lo único que puede generar sintomatología psicopatológica, como observaron Hebenstreit et al. (2014) al trabajar con mujeres que han 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. Para futuras investigaciones sería necesario considerar eventos traumáticos que hayan vivido las participantes a lo largo de su vida.

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.

CONCLUSIONES

En el presente estudio se observó que las participantes experimentaban más de un tipo de violencia y algunas presentaban sintomatología depresiva, ansiosa y/o TEPT de manera simultánea. Al comparar el desempeño de FE según los niveles de depresión, ansiedad y TEPT de las participantes, se observó un menor desempeño en las tareas en aquellas mujeres que tuvieron presencia de TEPT.

BIBLIOGRAFÍA

- AUPPERLE, R. L., MELROSE, A. J., STEIN, M. B. Y PAULIS, M. P. (2012). Executive function and PTSD: Disengaging from trauma. *Neuropharmacology*, 62(2), 686-694. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2011.02.008>
- ACKERMAN, R. Y BANKS, M. (2003). Assessment, Treatment, and Rehabilitation for Interpersonal Violence Victims. *Women & Therapy*, 26(3-4), 343-363. https://doi.org/10.1300/J015v26n03_11
- ARDILA, A. Y ROSELLI, M. (2019). *Neuropsicología Clínica*. Manual Moderno.
- BANKS, M. Y ACKERMAN, R. (2002). Head and Brain Injuries Experienced by African American Women Victims of Intimate Partner Violence. *Women & Therapy*, 20(2-4), 133-143. https://doi.org/10.1300/J015v25n03_10
- BICHARD, H., BYRNE, C., SAVILLE, C. W. N. Y COETZER, R. (2021). The neuropsychological outcomes of non-fatal strangulation in domestic and sexual violence: A systematic review. *Neuropsychological Rehabilitation*. 32(6) 1161-1192. <https://doi.org/10.1080/09602011.2020.1868537>
- DAUGHERTY, J. C., MARAÑÓN-MURCIA, M., HIDALGO-RUZZANTE, N., BUESO-IZQUIERDO, N., JIMÉNEZ-GONZÁLEZ, P., GÓMEZ-MEDIALDEA, P. Y 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. <https://doi.org/10.1080/14789949.2018.1546886>
- DEERING, C., TEMPLER, D., KELLER, J. Y CANFIELD, M. (2001). Neuropsychological assessment of battered women: a pilot study. *Perceptual and Motor Skills*, 92, 682-686. <https://doi.org/10.2466/pms.2001.92.3.682>

- DURÓN-FIGUEROA, R., CÁRDENAS-LÓPEZ, G., CASTRO-CALVO, J. Y 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>
- GARCÍA NAVARRO, C., GORDILLO LEÓN, F. Y 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.org/10.1016/j.anyes.2020.01.003>
- GARCÍA RUEDA, L. Y JENARO, C. (2020). Alteraciones en funciones cognitivas en mujeres maltratadas: revisión sistemática y meta-análisis. *Psico (Porto Alegre)*, 51(3), 1-18. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2020.3.33346>
- HEBENSTREIT, C., DEPRINCE, A. Y CHU, A. (2014). Interpersonal Violence, Depression and Executive Function. *Journal of Aggression Maltreatment & Trauma*, 23, 168-1807. <https://doi.org/10.1080/10926771.2014.872749>
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (INEGI). (2017). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016*. Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- JACKSON, H., PHILP, E., NUTTALL, R. Y DILLER, L. (2002). Traumatic Brain Injury: A Hidden Consequence for Battered Women. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33(1), 39-45. <https://doi.org/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. y 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.
- MARÍN TORICES, M., HIDALGO-RUZZANTE, N., TOVAR SABIO, V. y 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.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). (2022). *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. Y 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. <https://doi.org/10.1017/S1355617799555045>
- RAMOS-GALARZA, C., RAMOS, V., JADÁN-GUERRERO, J., LEPE-MARTÍNEZ, N., PAREDES-NÚÑEZ, L., GÓMEZ-GARCÍA, A. Y BOLAÑOS-PASQUEL, M. (2017). Conceptos Fundamentales en la Teoría Neuropsicológica. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 26(1), 53-60. http://revecuatneurolog.com/magazine_issue_article/conceptos-fundamentales-en-la-teoria-neuropsicologica-fundamental-concepts-neuropsychological-theory/
- ROBLES, R., VALERA, R., JURADO, S. Y PÁEZ, F. (2001). Versión Mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades Psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2), 211-218. <https://biblat.unam.mx/es/revista/revista-mexicana-de-psicologia/articulo/version-mexicana-del-inventario-de-ansiedad-de-beck-propiedades-psicometricas>
- ROEBUCK-SPENCER, T., GLEN, T., PUENTE, A. E., DENNEY, R. L., RUFF, R. M., HOSTETTER, G. Y 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>
- STEIN, M. B., KENNEDY, C. M. Y 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. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01414-2](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01414-2)
- VALERA, E. Y BERENBAUM, H. (2003). Brain Injury in Battered Women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 797-804. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12924684/>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). (2016). *Ethical and safety recommendations for intervention research on violence 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.