



DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN CONTINUA

**DISEÑO Y APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE
TERAPIA GRUPAL DESDE EL MODELO
INTEGRATIVO FOCALIZADO EN LA
PERSONALIDAD PARA MUJERES QUE VIVEN
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR ACOGIDAS EN LA
CASA “MARIA AMOR”**

**TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MASTER EN PSICOTERAPIA INTEGRATIVA**

AUTORA:

Lcda. Mónica Patricia Mejía Pacheco

DIRECTORA:

Dra. Zoila María de la Cruz Izquierdo R.

CUENCA, ECUADOR

2008

DEDICATORIA

Quiero dedicar este esfuerzo a todas las mujeres importantes de mi vida, mi madre, mis abuelas, mi cuñada, mis sobrinas, mis tías, mis primas, mis amigas, mis profesoras, mis compañeras de trabajo, mis pacientes; para que juntas podamos mantener el sueño de vivir una vida justa, equitativa y libre de violencia.

AGRADECIMIENTOS

Al terminar este trabajo, miro hacia atrás y puedo ver un largo camino de esfuerzo y dedicación que me ha traído hasta este punto de mi vida profesional. Resulta entonces inevitable sentir un cúmulo de emociones que se alborotan en el pecho, emociones entre las que resaltan la alegría y la satisfacción del deber cumplido. En honor a la gratitud, debo reconocer que este logro no habría sido posible sin la ayuda de muchas personas.

En primer lugar quiero agradecer a mi Dios, mi paciente compañero, amigo, creador y fuente de inspiración. Agradezco a mis Padres por haberme dado la vida acompañándola con su amor, su experiencia y sus enseñanzas; éstas han de permanecer en mi ser por siempre, al igual que el amor que a ustedes les corresponde.

Agradezco a todas las instituciones que han sido parte de mi formación académica, de manera especial a la Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento y Psicoterapia Integrativa en la persona del Doctor Lucio Balarezo, de donde he adquirido esta fascinación creciente por este hermoso mundo de la psicoterapia. Presento además mi más sincero y cariñoso agradecimiento a la Doctora Maricruz Izquierdo, por haber dirigido y encaminado este proyecto con generosidad y dedicación.

A la Casa de Acogida “María Amor”, a Marlene, Marion, Olinda, Kena, Blanquita, Sirhem, Diana, Rosa, Gabriela, el equipo de voluntarias y pasantes, por haber acompañado este proceso con su alegría, su cariño, sus conocimientos y su trabajo. A todas y cada una de las mujeres que han pasado por La Casa, quienes con su ejemplo de coraje y valentía, han inspirado mi vida y mi compromiso de contribuir con mi existencia para hacer de este un mundo mejor.

A mis hermanos Pablo y Jimmy, a mis amigos, a Johanna y a cada persona que en algún momento se vio en la tarea de apoyar este sueño, motivándome e impulsándome a cumplirlo y que han puesto su granito de arena para que hoy pueda ser la mujer que soy.

INDICE DE CONTENIDOS

Dedicatoria.....	ii
Agradecimientos.....	iii
Índice de Contenidos.....	iv
Indice de Anexos.....	vi
Resumen.....	viii
Abstract.....	ix
Introducción.....	p. 1
Capítulo 1: La Violencia Intrafamiliar.....	p. 2
Introducción.....	p. 2
1.1 Definición de la Violencia.....	p. 7
1.2 Causas de la violencia y sus diferentes tipos.....	p. 16
1.3 La violencia vista desde un enfoque de género.....	p. 25
1.4 Efectos de la violencia.....	p. 28
1.5 Mitos y realidades sobre la violencia.....	p. 36
1.6 La Casa de Acogida “María Amor”.....	p. 38
1.7 Propuestas de intervención.....	p. 41
1.8 La intervención psicoterapéutica: El proceso de Empoderamiento.....	p. 47
Capítulo 2: La Terapia Grupal.....	p. 50
Introducción.....	p. 50
2.1 Definición de Terapia Grupal.....	p. 51
2.2 Breve historia de la terapia de grupo.....	p. 55
2.3 Objetivos de la terapia grupal.....	p. 58
2.4 Ventajas y beneficios.....	p. 60
2.5 Características del dispositivo terapéutico, las dimensiones dinámicas y constitutivas de los grupos.....	p. 62
2.6 El grupo y sus recursos terapéuticos.....	p. 70
2.7 La figura del terapeuta y el equipo terapéutico.....	p. 71
2.8 La efectividad de la terapia de grupo.....	p. 73

Capítulo 3: Diseño de una propuesta de intervención grupal desde el Modelo Integrativo focalizado en la Personalidad, dirigido a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar.....p. 76

Introducción.....p. 76

3.1 Generalidades sobre el Modelo Integrativo focalizado en la Personalidad.....p. 80

3.2 La violencia desde una perspectiva integrativa.....p. 93

3.3 La terapia de grupo desde una perspectiva integrativa.....p. 102

3.4 Plan Terapéutico Grupal para mujeres que viven situaciones de violencia desde el Modelo Integrativo focalizado en la Personalidad.....p. 103

3.4.1 Las dimensiones constitutivas.- Algunas consideraciones para el dispositivo terapéutico.....p. 109

3.4.2 La evaluación previa.....p. 113

3.4.3 Planificación del proceso.....p. 117

Capítulo 4: Evaluación Inicial y Aplicación del programa.....p. 137

Introducción.....p. 137

4.1 El inicio de la terapia grupal.....p. 137

4.1.1 Evaluación inicial.....p. 140

4.2 Aplicación del Dispositivo Grupal.....p. 144

4.2.1 La sesión de inicio.....p. 145

4.2.2 Desarrollo de la terapia.....p. 146

4.2.3 Estructura de las sesiones.....p. 150

Capítulo 5: Resultados y Evaluación Final de la Aplicación del Programa....p. 156

Introducción.....p. 156

5.1 Evaluación final.....p. 157

5.1.1 Con relación a la problemática.....p. 158

5.1.2 En relación con la sintomatología o trastorno.....p. 175

5.1.3 En relación al conocimiento de la personalidad y generación de cambios.....p. 182

Conclusiones.....p. 186

Bibliografía.....p. 190

Anexos.....p. 194

INDICE DE ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

- Anexo 1.- Ficha integrativa de evaluación psicológica FIEPs
- Anexo 2.- Hoja de asistencia
- Anexo 3.- Ficha de evolución y seguimiento
- Anexo 4.- Informe de sesión grupal para mujeres víctimas de violencia intrafamiliar
- Anexo 5.- Cuestionario
- Anexo 6.- Diseño de tesis

RESUMEN

Al hablar de Violencia Intrafamiliar, nos referimos a un patrón de conductas abusivas caracterizadas por el inadecuado uso del poder y control de una persona sobre otra con quien mantiene o ha mantenido una relación íntima. Tanto hombres como mujeres pueden estar expuestos a la violencia, sin embargo, más del 90% de las víctimas, son mujeres.

La exposición a este tipo de traumas o sensación de peligro puede causar múltiples problemas sobre la vida de las víctimas.

Presentamos a continuación un programa de Terapia Grupal, diseñado para el abordaje de la violencia intrafamiliar en el contexto específico de una Casa de Acogida. Este programa, además de buscar la reducción de síntomas de depresión, ansiedad y estrés post-traumático, busca promover en las víctimas un amplio conocimiento sobre la problemática y sobre sus propias fortalezas. Sin embargo, el objetivo más importante es promover en las mujeres el paso de víctima a sobreviviente.

ABSTRACT

When we talk about Domestic Violence, we refer to a pattern of abusive behavior characterized by the misuse of power and control by one person over another who are or have been in an intimate relationship. This pattern may include physical, sexual, emotional and/or psychological abuse. Both men and women can be exposed to domestic violence, but more than 90% of the victims are women.

Exposure to this kind of trauma or danger can cause several problems in the victims' lives

This thesis describes a Group Therapy Program that is distinct from other group therapy programs because it is designed to assist domestic violence victims in the specific context of a women's shelter. In addition to reducing stress, depression and PTSD symptoms, this program seeks to educate victims about violence, and to help them recognize their own strengths. The most important goal, however, is to turn victims into survivors

INTRODUCCIÓN

La violencia intrafamiliar es un problema social que afecta especialmente a mujeres, sin distinciones de edad, raza, nacionalidad, estado civil, o condición socioeconómica. Para muchas aún, la falta de conocimiento constituye uno de los principales factores de riesgo para que la violencia sea interpretada como la manera clásica de mantener una relación con una persona del sexo opuesto, prejuicio ampliamente sostenido hoy en día por una sociedad invadida de ideas de carácter sexista y discriminante.

Los efectos de la violencia sobre las mujeres llegan generalmente a dimensiones alarmantes, constituyéndose en sí mismos muchas veces en atentados contra la vida. Uno de esos efectos se refleja en la pérdida casi total de apoyo social y familiar a las víctimas. Es entonces cuando la mujer junto con sus hijos e hijas deben recurrir a buscar ayuda en una Casa de primera acogida. Ya en ese ámbito, las necesidades del grupo familiar se multiplican y las personas comprometidas en la asistencia deben encontrar la forma de solventarlas. Entre esas necesidades está generalmente comprendida la atención psicológica.

Luego de haber venido realizando este trabajo por algunos años, se ha visto la importancia, en función de ofrecer la mejor atención posible a quienes buscan apoyo, de contar con un programa de intervención psicoterapéutica que desde la dimensión grupal fortalezca las habilidades sociales de las mujeres y que potencie la recuperación de las mismas, brindando el espacio propicio para intercambiar experiencias, historias, dolores, pero sobre todo, deseos de seguir viviendo.

Para esto se ha realizado un exhaustivo trabajo de investigación, en el que son expuestos a fondo los temas más importantes relacionados con la Violencia Intrafamiliar, la Terapia de Grupo, y el Modelo Integrativo focalizado en la Personalidad, elementos que constituyen los pilares para este aporte científico.

CAPITULO I

LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Introducción

El tema de la Violencia Intrafamiliar, como la concebimos actualmente, ha estado presente desde los orígenes de la humanidad, teniendo sustento en una cultura patriarcal, donde se otorgaba el poder y el ejercicio de la violencia al varón, mientras que a las mujeres se les enseñaba a ser sumisas, débiles, debiendo soportarlo todo. Este modelo estereotipado a través del tiempo se ha venido incrementando cuantitativa y cualitativamente en el mundo, transmitiéndose de generación en generación, mediante canales habituales como la familia, el juego, el deporte, instituciones educativas, medios de comunicación, etc., haciendo cada vez más grandes las distancias de género, convirtiéndolo a largo plazo en un factor determinante de la desintegración de la familia.

La violencia contra las mujeres empieza a ser una preocupación pública a partir de la década de los 80 en que, las instituciones públicas y privadas inician un proceso de toma de conciencia, visualizándolo como un problema social. Es así que se consigue que las Naciones Unidas reconozcan la violencia contra las mujeres en el ámbito familiar como el crimen encubierto más frecuente en el mundo; y en el año 93, la Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre Derechos Humanos reconoce los derechos de las mujeres como derechos humanos. Para que esto ocurriera, el papel protagónico de los movimientos de mujeres y su presión ejercida sobre los gobiernos, ha sido indiscutible. Dentro de este marco, se firman algunos Convenios y Tratados que se convierten en instrumentos y acciones en contra de la violencia.

En noviembre de 1994, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reunió a expertos continentales, cuyos debates fueron resumidos en la Declaración de la Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud. En esta declaración se reconoce que la violencia es un "creciente problema de salud pública, hecho que

se demuestra por los alarmantes aumentos de tasas regionales de mortalidad; morbilidad y discapacidad; así como por los abrumadores años de vida potencial perdidos y sus efectos psicosociales en las poblaciones".

En las Comisarías de la Mujer y la Familia de Cuenca - Ecuador, se reciben diariamente al rededor de 20 nuevas denuncias, sin embargo, es un hecho conocido el que la gran mayoría de los casos de violencia se mantienen en silencio y no son denunciados por las víctimas, ya sea por temor a la represalia del agresor, problemas económicos, deficientes niveles educativos y de información, cultura de sumisión de la mujer, falta de orientación y también por desconfianza en la administración de justicia, entre otros.

Es evidente que la violencia crece aceleradamente, incluyéndose en esta categoría otros tipos de situaciones como maltrato, negligencia, abuso sexual, etc.

La violencia es un fenómeno social y viene generalizándose. Cada vez es mayor el número de personas e instituciones que se ven en la necesidad, de asumir tanto una posición en contra de la violencia como de brindar protección, seguridad y atención a las personas que son víctimas de la misma, para así difundir una cultura de paz, por tratarse de un problema que degrada a las personas en su condición de ser humano, sujetos de derechos y libertades, que deben ser respetados por el Estado fundamentalmente, y; por todas las personas.

La preocupación sobre el tema a nivel mundial proviene desde hace aproximadamente 30 años, acompañado de una consecuente visibilización del mismo, luego de que permaneciera por demasiado tiempo en la naturalidad e invisibilidad. Pero esta visibilización fue solo el primer paso de un largo camino que incluiría, posteriormente, la necesidad de estudiarlo, conceptualizarlo, entenderlo y tratarlo.

Comprender la dimensión del problema de la violencia, trajo como consecuencia una visión inicial del mismo como problema social, especialmente considerando la triple repercusión que este tiene. Una primera repercusión, se manifiesta en el ámbito de derechos humanos, ya que al revisar las premisas en ellos consideradas, se observa que la violencia transgrede varios de los derechos ahí contemplados.

Cap 1 – La violencia intrafamiliar

Una segunda repercusión la constituye, en un problema de Salud Pública, por los efectos físicos y psicológicos que envuelve a la persona que los sufre, los cuales en ocasiones llegan a ser considerados como incapacitantes o invalidantes.

Como tercera repercusión, la violencia debe ser considerada como un problema de seguridad ciudadana, el Estado tiene la obligación no solo de precautelar la seguridad ciudadana en ámbitos públicos sino también en lo privado, que es donde preferentemente se presenta la violencia intrafamiliar, como su nombre lo indica.

Países desarrollados, tienen a su haber un largo camino recorrido a favor de estas consideraciones como políticas de Estado. Aún así el problema se encuentra lejos de ser erradicado. En España por ejemplo, decenas de mujeres siguen muriendo víctimas de la violencia a manos de sus maridos, compañeros, novios o amantes sin que se considere un problema de Estado.¹

En Argentina, se estima que 40 de cada 100 mujeres sufre en algún momento de sus vidas algún tipo de maltrato. En el año 1997 se recibieron 21.066 denuncias por violencia física, emocional y sexual por la línea del *Servicio telefónico del Programa de Prevención y Asistencia de Violencia Familiar y en los Centros de la Dirección General de la Mujer.*²

Así evidenciamos, como la violencia, problema que debería estar exterminado en una sociedad “civilizada”, continúa cobrando víctimas que generalmente son mujeres, niños, niñas, ancianos y ancianas, mostrándose como el medio de preferencia para hacer oír las voces de pocos, los más fuertes, destruyendo así a una gran mayoría que no siempre cuenta con los medios necesarios para ponerle fin.

Uno de estos medios es sin duda el marco legal, comprendido tanto desde lo internacional hasta lo local. Es de este nivel desde donde los Estados tienen la obligación de proteger a los ciudadanos mediante el establecimiento y cumplimiento de un marco político y jurídico que garantice la vigencia y ejercicio de derechos. Es

¹ VARELA, Nuria, *Ibamos a Ser Reinas*, Ediciones B, S.A. 2002, Pag. 22

² Fuente: Dirección General de la Mujer del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 1997.

así que desde 1975, año que fue considerado por las Naciones Unidas como el Año Internacional de la Mujer, muchos esfuerzos se han realizado para encontrar el camino de la igualdad de oportunidades y de trato entre mujeres y hombres, buscando eliminar la discriminación y la violencia contra la mujer. Múltiples avances se han conseguido en cuanto a legislación internacional, como ocurre con la Declaración Universal de los Derechos Humanos, donde se promulga el derecho de igualdad, y dignidad para todos los seres humanos, varón y mujer. Otro ejemplo lo constituye la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, CEDAW donde se considera a este tipo de discriminación como injusta y ofensiva a la dignidad humana. Otros esfuerzos se ven en la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, adoptada por las Naciones Unidas en Diciembre de 1993; La declaración y programa de Acción de Viena, 1993; La declaración de San José sobre los Derechos Humanos, la primera, segunda, tercera y cuarta conferencias Mundiales de la Mujer, la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer realizada en Belém do Pará, Brasil 1994, donde se reconoce la responsabilidad de los Estados de castigarla, prevenirla y erradicarla. Rechaza en forma expresa que la violencia contra la mujer sea un asunto privado. Plantea además la exigencia a los Estados que, en sus reportes nacionales, informen sobre las medidas adoptadas para prevenir y erradicar la violencia y para brindar asistencia a las víctimas.

Así muchos otros documentos se han presentado para fundamentar esta lucha por los derechos de las mujeres. En este proceso, es necesario reconocer el papel preponderante que han tenido las organizaciones y movimientos de mujeres, quienes han venido desarrollando una labor incansable junto con sectores de la sociedad civil, ONG's, entre otros, gracias a lo cual el tema ha alcanzado reconocimiento, fundamentación y ratificación en cuanto a derechos básicos.

A pesar de que la reflexión sobre el tema en otros países empezara mucho antes, en el Ecuador, solo hasta los años 90, la violencia doméstica, deja de ser un problema social como otros, encubierto, incómodo que no debía ser tratado en público sino en la intimidad, para convertirse en un problema público, gracias a un largo proceso de demandas y presión de diferentes sectores, siendo las organizaciones de la sociedad civil, en las ciudades de Quito y Guayaquil, las primeras en abrir centros que dan a

las mujeres la posibilidad de denunciar, los hechos de violencia a los que las sometían sus parejas. Se crean departamentos especializados (legales, psicológicos, médicos) para atender desde una visión holística el problema de violencia.

Dentro de este contexto en Cuenca, en el año 1993 se dan las primeras iniciativas para empezar a tratar la violencia doméstica como un asunto público, y en el año 1995 empieza a funcionar la Primera Comisaría de la Mujer y la Familia.³

Reconociendo los múltiples problemas de las mujeres, y considerando que las instituciones adonde acuden a solicitar apoyo para ellas y para sus hijas/os (niños/as y adolescentes), no estaban en posibilidad de brindar una atención integral, en el aspecto legal, médico, psicológico y social, surge la preocupación de emprender en acciones colectivas para enfrentarla, entonces se impulsa la formación de una Red de instituciones que actúen coordinadamente en la búsqueda de nuevas estrategias para dar atención integral, trabajar en la prevención y erradicación de la violencia.

Por otra parte, la inclusión de las mujeres y con ellas la inclusión de las propuestas de género en los Gobiernos Locales, permite que desde la Municipalidad se emprenda en la realización del **Plan de Igualdad de Oportunidades (PIO)** que contempla entre sus ejes, uno de violencia intrafamiliar como problema de Seguridad Ciudadana estableciéndose como objetivo el fortalecimiento de una cultura de tolerancia y respeto a las diferencias, en la casa y en la calle, permitiendo que la Red Interinstitucional de Prevención y Atención a la Violencia Intrafamiliar (RIAP-VIF) conjuntamente con organizaciones de mujeres y otras de la sociedad civil, participen activamente en la elaboración de una **ordenanza que el Concejo Cantonal de la Ciudad de Cuenca aprueba**; ésta permite el marco normativo indispensable a la hora de formular una política pública.

Sensible ante esta realidad, la Vicaría de la Pastoral Social de Cuenca, con el apoyo de Caritas Austria, abre en la ciudad de Cuenca, la Primera Casa de Acogida llamada “María Amor”, para mujeres que viven violencia, ampliando su cobertura a mujeres migrantes y desplazadas, para lo que cuenta además con el apoyo de la I. Municipalidad de Cuenca, que dota a la Casa de equipamiento básico y proporciona alimentación para las mujeres y sus hijas e hijos alojadas en la casa.

³ Tomado del Documento de Metodología de la Casa de Acogida María Amor 2007

1.1 Definición de la violencia

“Mucho se ha escrito en el tema de la violencia intrafamiliar, pero poco se sabe”.⁴

Parfraseando a Schmidt, desde que el tema de la violencia cobrara vigencia, muchos son los autores que han invertido esfuerzo y empeño en definirla. Las visiones desde donde esto se ha intentado han sido múltiples también. Algunos han intentado hacerlo desde las acciones, otros desde las omisiones, algunos otros desde los efectos, otros desde los mecanismos de instauración de la violencia. Sin embargo, existe entre los diferentes autores cierto consenso que al parecer proviene del sentido común.

Antes de mencionar algunos conceptos, autores reconocidos sugieren se debe establecer algunos elementos básicos para favorecer la comprensión.

Jorge Corsi, plantea la importancia de diferenciar el término **Agresividad** de **Violencia**. Sostiene que cotidianamente, estos dos términos pueden ser utilizados erróneamente como sinónimos, sin distinguir su diferencia básica, la cual radica en el hecho de que la agresividad constituye una característica propia y natural del ser humano. Es esta agresividad la que en contextos indicados, permite al hombre vencer adversidades, enfrentarse a obstáculos, miedos o peligros. Muchas veces esa potencialidad agresiva puede constituirse en un medio para preservar la vida. Esta potencialidad es transmitida como información genética de generación en generación. Al respecto, Montagú menciona “la herencia sólo suministra la potencialidad; el resultado específico estará determinado por las décadas de experiencias cotidianas.”⁵

Esta potencialidad agresiva, recibida por la herencia, se materializa a través de la **Agresión**, la cual dependiendo del objeto al que se dirige puede ser considerada como autoagresión o heteroagresión. Así el concepto de agresividad no es

⁴ SCHMIDT, Ma. Ines, Ecuador, 2006

⁵ MONTAGÚ A. *La naturaleza de la agresividad Humana*, Madrid, Editorial Alianza, 1978

considerado bueno ni malo. Se lo plantea como un concepto descriptivo antes que valorativo.

El término **Violencia** tiene incluso desde su raíz etimológica una connotación relacionada con la fuerza y el poder, con el objetivo final de causar daño.

Corsi manifiesta al respecto: “En sus múltiples manifestaciones, la violencia siempre es una forma de ejercicio del poder mediante el empleo de la fuerza (ya sea física, psicológica, económica, política...) e implica la existencia de un “arriba” y un “abajo”, reales o simbólicos, que adoptan habitualmente la forma de roles complementarios: padre - hijo, hombre - mujer, maestro - alumno, patrón - empleado, joven- viejo, etc.”⁶

Continúa más adelante diciendo: “para que la conducta violenta sea posible, tiene que darse una condición: la existencia de un cierto desequilibrio de poder, que puede estar definido culturalmente o por el contexto, o producido por maniobras interpersonales de control de la relación.”

Es decir que, aunque se reconoce la potencialidad agresiva del ser humano, para que esta se transforme o no en una conducta violenta debe estar influenciada y modificada por diferentes factores como la cultura, que es donde muchas de nuestras “potencialidades” deben ser modeladas para que puedan ser correctamente reprimidas o canalizadas, si el contexto lo permite. Esta serie de modeladores son comúnmente conocidos como proceso de socialización, teniendo como su punto cumbre la adaptación social.

El cúmulo de experiencias, vivencias y aprendizajes, influyen sobre el ser humano para que este resulte violento o pacífico ante determinada situación. La violencia resultaría por tanto, un resultado de la interacción entre el potencial agresivo innato y la cultura.

La violencia opera mediante el uso de determinados procedimientos que ocasionan daño o perjuicio físico, psicológico o de cualquier otra índole. Dentro de este

⁶ CORSI Jorge, *Violencia familiar, Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1994

contexto podemos definir la violencia como una modalidad cultural, conformada por conductas destinadas a obtener el control y la dominación sobre otras personas. Incluso la violencia por omisión está vinculada con el poder que permite causar daño tanto por acción como por omisión. Es el uso de la fuerza de una de las partes (o de ambas) en la resolución del conflicto que implica la agresión física, verbal y/o psicológica de carácter destructivo ligada a una emoción de ira. El comportamiento violento puede ejercerse contra personas, animales o el entorno ambiental. Los seres humanos tenemos, por lo tanto, el patrimonio exclusivo del uso de la violencia, la que forma parte del proceso evolutivo cultural que tiene al ser humano paralelamente como agente y paciente.

Otro elemento a ser definido con cuidado, es la noción de **Conflicto**. El término conflicto hace referencia a factores que se oponen entre sí. Este tipo de diferencias se encuentra generalmente en las relaciones humanas como fruto de la interacción, de la diferencia, de la diversidad. Encontrar posiciones diferentes, opiniones diferentes, puntos de vista diferentes ha sido considerado por algunos autores incluso como medio de crecimiento y desarrollo, tanto personal como social. Es así entonces que no puede considerarse a la presencia de conflictos como malo o indeseable. La dificultad surge respecto del método que sea empleado generalmente para la resolución del mismo. Son obvias las diferencias entre conflictos resueltos por la vía de las habilidades sociales y el respeto al otro, de aquellos sobrellevados por la vía de la imposición desde una postura de poder con el uso de la fuerza y la violencia. Vemos nuevamente el efecto determinante que puede tener en este sentido la cultura y la historia personal del individuo. Podríamos decir que el objetivo del que ejerce violencia es anular el conflicto y controlar al otro por vía del maltrato, devenido de la estrategia de dominación.

La violencia hace referencia no solo a las acciones encaminadas a hacer daño a otro sino también a las acciones que sin realizarlas producen un efecto de sufrimiento. Así, violencia es una acción ejercida por una o varias personas, en donde se somete de manera intencional al maltrato, presión, sufrimiento, manipulación u otra acción que atente contra la integridad tanto físico como psicológica y moral de cualquier persona o grupo de personas, con el propósito de obtener fines en contra de la voluntad de la víctima.

Cap 1 – La violencia intrafamiliar

Los factores relacionados con el desencadenamiento y el proceso por el que se instaura la conducta violenta serán detallados más adelante.

La conducta violenta puede tener en sí misma diferentes manifestaciones, algunas cargadas de actividad haciéndolas fácilmente identificables, y otras, por el contrario tan sutiles que incluso resultan invisibles o muy poco evidentes.

Encontramos una **violencia cotidiana** que hace referencia a aquella a la que diariamente nos exponemos, aquella que resulta de la inmovilidad ante el sufrimiento del otro; eso otro con el que compartimos espacios públicos dejando olvidado el respeto a los derechos de los demás. Muchas veces argumentando prisa, descuido o incluso falta de interés por las reglas o los derechos de los demás; es aquella que se vive en los autobuses, en las calles, en las salas de espera, en las oficinas públicas, e las estadísticas de accidentes semanales, etc.

Otra categoría es la que se conoce como **violencia política**, que es aquella que resulta de los grupos de poder político organizado, grupos de personas de los que cada día se escuchan escándalos de coimas, corrupción, nepotismo, agresiones verbales, etc., muchos incluso llegan a obtener el poder mediante el uso de las armas.

Una violencia experimentada por gran parte de la población mundial, hace referencia a las condiciones de pobreza y marginalidad a las que estas víctimas se ven expuestas. Hablamos pues de la **Violencia Socio – Económica** que envuelve las condiciones de no acceso a servicios básicos como salud y/o educación, no satisfacción de necesidades, desempleo, insalubridad, entre otros.

Otra categoría corresponde a un problema al que la mayoría de la población fácilmente puede interpretar como escenarios violentos. Es el caso de la **Violencia Delincuencial**, caracterizada por delitos como: robo, asaltos, estafas, tráfico de sustancias, atentados a la propiedad privada, asesinatos, etc.

Existe otro tipo de violencia de la cual, al contrario de la anterior, solo pocas personas se percatan. Se presenta en contextos caracterizados por la diversidad. Nuestros países son un escenario propicio para que la **Violencia Cultural** se presente. Esta radica en el desprecio y atropello a la riqueza que la diferencia ofrece.

Implica una falta de respeto a legados culturales y conocimientos ancestrales de los pueblos y comunidades y representan distorsión a nivel de los valores y la identidad.

Y finalmente, siendo el tema que nos congrega en esta investigación, encontramos el gran mundo de la **Violencia Intrafamiliar**. Otros autores la han denominado Violencia Doméstica, Violencia familiar, pero más allá del término que se emplee, al hablar de Violencia Intrafamiliar (VIF), estamos haciendo referencia a un conjunto de acciones y omisiones que se producen dentro de un grupo familiar, protagonizadas por una figura de poder y dirigidas hacia los demás miembros, que la sufren en calidad de víctimas. Abarca todas las modalidades crónicas de agresión y/o abuso en un entorno cotidiano: situaciones donde existen mujeres golpeadas, niños maltratados y ancianos o minusválidos violentados. Las formas que toma esta violencia son muy variadas e incluyen violencia psicológica; física y sexual en diversas combinaciones. En esta situación se reproducen, al interior de la familia o de espacio doméstico de convivencia, las jerarquías asignadas a los papeles de género, edad y preferencia sexual predominantes en la sociedad, con lo cual el agresor, es predominantemente un hombre y las víctimas son mujeres.

Así, dentro de esta violencia que ocurre dentro de las paredes del hogar, podemos encontrar diferenciaciones en base a quien protagoniza el hecho violento, y hacia quien va dirigido. Podemos encontrar los cuadros de violencia conyugal, maltrato y/o abuso infantil, entre otros. Cada uno de ellos sería por sí mismo un tema de investigación.

Al hablar de violencia intrafamiliar, Ashley la define como “toda acción u omisión protagonizada por los miembros que conforman el grupo familiar (por afinidad, sangre o afiliación) y que transforma en maltratantes las relaciones entre ellos, causando daño físico, emocional, sexual, económico o social a uno o varios de ellos”.⁷

Entendemos que la también llamada violencia doméstica es un modelo de conductas aprendidas, coercitivas que involucran abuso físico o la amenaza de abuso físico. También puede incluir abuso psicológico repetido, ataque sexual, aislamiento social progresivo, castigo, intimidación y/o coerción económica. (Dwane 1989).

⁷ ASHLEY Mark, *Problemas Sociales*. Edit. Barcelona. España, 1986.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el término de Violencia Intrafamiliar, señala todas las formas de abuso que tiene lugar en las relaciones entre los miembros de una familia. La violencia en la familia se caracteriza por agresiones físicas, psicológicas, sexual y abandono, cometidas por el esposo o conviviente, abuelos, padres, hijos, hermanos, parientes civiles u otros familiares. También comprende los tutores encargados de la custodia, afectando a todas las familias sin distinción de raza, edad, educación o condiciones socioeconómica. Asimismo, se presenta como un proceso, es decir no es un hecho aislado, sino un ciclo en el que el agresor (a) se convierte en agredido (a) y viceversa, convirtiéndose así en un círculo “vicioso” que afecta a la familia, expresándose a través de golpes, insultos, rechazos, gestos, etc.

Otros autores amplían el concepto haciéndolo más abarcativo, dejando de restringir el concepto al lugar en donde se presenta la agresión. Por ejemplo Baca, y col. (1998), señala que la violencia familiar es toda acción u omisión cometida por algún miembro de la familia en relación con el poder, sin importar el espacio físico donde ocurra, que perjudique el bienestar, la integridad física y psicológica, o la libertad y el derecho al pleno desarrollo de otro miembro de la familia.

Existe un argumento común, que aunque parezca mentira, muchas personas aún utilizan cuando se habla de la VIF, sugiriendo que no solo es un problema de las mujeres sino que existen hombres que también viven violencia. No se puede negar que el hecho exista y que resulta tan repudiable como la violencia hacia las mujeres. Sin embargo, las estadísticas sugieren que por ser la violencia hacia la mujer la que representa la gran mayoría de las denuncias y de las intervenciones en servicios de salud, puede considerarse un problema para el sexo femenino. Para demostrar este hecho, recurriremos a algunos datos recopilados por Susana Velázquez⁸, en su documento “La violencia en Cifras”.

- La mayoría de mujeres denuncia entre los 25 y 44 años de edad
- Esta mayoría denuncia dentro de un período de 1 a 5 años de vivir violencia. Otro gran porcentaje espera hasta luego de 11 años. Solo un 2% lo hace luego de la primera agresión.

⁸ VELÁZQUEZ Susana, *La Violencia en Cifras*, Universidad de Buenos Aires, 2006

Cap 1 – La violencia intrafamiliar

- En cuanto al estado civil, las mujeres casadas representan el 53,90% mientras que la otra mitad la constituyen las mujeres solteras o en unión libre.
- El tener hijos prolonga el tiempo violencia y posterga la presentación de denuncia.
- Cada año en la Argentina se registran aproximadamente 6.000 denuncias por delitos sexuales. Se considera que a las comisarías sólo llegan el 10% de los casos porque el resto no es denunciado.
- Del total de denuncias recibidas entre diciembre de 1998 y abril de 1999 en la Oficina de Asistencia Integral a la Víctima de Delito de la Procuración General de la Nación, el 75,8% corresponde a mujeres y el 24,2% a varones.
- Estudios realizados en Estados Unidos refieren que el 75% de las víctimas de violencia en la pareja son mujeres, el 2% son varones y el 23% son casos de violencia cruzada.⁹
- Datos recientes, provistos por el *Centro de Informática del Poder Judicial de Buenos Aires*, señalan que desde 1995 al 2004 se triplicaron las denuncias por esta problemática.
- El *Banco Interamericano de Desarrollo* afirmó que “En América Latina y el Caribe la mujer corre más peligro de sufrir agresión, violación y muerte en su propio domicilio que en la calle. La violencia familiar contra la mujer es más la regla que la excepción y se ha convertido en un mal invisible”
- Según un informe del BID difundido por RIMA (Red Informativa de Mujeres de Argentina) señala que en Chile el 60% de las mujeres que viven en pareja sufre algún tipo de violencia doméstica, el 70% en México y en Perú, mientras que en Nicaragua el 32,8% de las mujeres entre 14 y 19 años son víctimas de violencia física severa. En Jamaica, la policía da cuenta de que el 40% de los homicidios se producen en el interior del hogar.

Como demuestran estos datos, el hecho de ser mujer constituye por sí mismo un factor que aumenta el riesgo de sufrir algún tipo de violencia a lo largo de la vida. Además debemos reconocer que estos datos se convierten en simples indicadores de la realidad, ya que son calculados en base de las denuncias presentadas. Aún existen muchas víctimas que no presentan una denuncia, especialmente por el proceso de

⁹ CORSI, Jorge. Algunas cuestiones básicas sobre la violencia familiar. En: *Doctrina y Acción penitenciaria*, Año 4, N° 6, Buenos Aires, 1990.

naturalización, respecto de la violencia que se ha producido. Otras en cambio, no pueden presentarla y reclamar sus derechos por el miedo, inclusive a perder la vida.

Al ver el nivel, en que especialmente las mujeres son víctimas de este tipo de violencia, muchos autores prefieren hablar de **Violencia de Género**, siendo la característica más sobresaliente de las sociedades donde se construyen identidades de género jerarquizadas y excluyentes, que asignan a la mujer el espacio de la fragilidad y la sumisión, mientras que al hombre se le confiere el de la fuerza, la agresividad y la violencia. La violencia de género incluye violación, abuso y hostigamiento sexual, mutilación, agresiones en el ámbito doméstico y homicidio. Originalmente concebida como un problema de derechos y ciudadanía; en los últimos años ha aumentado la preocupación por profundizar en la relación violencia – salud. Uno de los aportes más recientes, muestra los efectos que la violencia de género tiene sobre la salud de las mujeres y apunta a que las experiencias de violencia vividas por mujeres puede tener efectos acumulativos sobre su salud a mediano y largo plazo.

Dentro de este ámbito se enmarca la **Violencia Conyugal**, aquella que se da de un cónyuge al otro; se instala en la relación íntima y estable entre un hombre y una mujer, estén casados legalmente o no. Incluye hechos tan conocidos como amenazas, insultos y golpes, este tipo de violencia incluye situaciones de extrema gravedad como lesiones invalidantes, abortos provocados por golpes, violación sexual, tortura y hasta homicidio. La mujer que sufre esta situación puede experimentar abuso emocional y psicológico, abuso físico y/o abuso sexual.

Como menciona Corsi, al hablar de **Violencia intrafamiliar** nos referimos a todas las formas de abuso de poder que se desarrollan en el contexto de las relaciones familiares y que ocasionan diversos niveles de daño a las víctimas de esos abusos, especialmente aquellos grupos que resultado de largas investigaciones han sido considerados como vulnerables. Estos grupos vulnerables están delimitados por cuestiones histórico - culturales (y, por lo tanto, son susceptibles de ser modificados mediante procesos de cambio en los sistemas culturales de creencias) Es decir, que la violencia familiar tiene dos vertientes: una de ellas, basada en el género; y la otra, basada en la generación. En definitiva, la violencia se dirige siempre hacia la población más vulnerable, definida culturalmente como la “más débil” (en realidad, a quienes se les ha negado la participación democrática en el poder). Por lo tanto,

cuando estudiamos los problemas incluidos dentro de la Violencia Familiar, además de la violencia hacia la mujer, consideramos al maltrato infantil y al maltrato hacia personas ancianas.

En el siguiente cuadro, propuesto por el mismo autor, se pueden ver las formas que adopta:

	<i>VIOLENCIA BASADA EN EL GÉNERO</i>	<i>VIOLENCIA BASADA EN LA GENERACIÓN</i>
POBLACIÓN VULNERABLE	Mujeres	Niñ@s Ancian@s
FORMAS DE ADOPTA	<ul style="list-style-type: none">• Violencia física• Aislamiento y abuso social• Abuso ambiental• Abuso económico• Conductas de control y dominio• Control por medio de amenazas• Abuso verbal y psicológico• Coerción sexual• Chantaje emocional	<ul style="list-style-type: none">• Maltrato físico• Abandono físico• Maltrato emocional• Abandono emocional• Abuso sexual• Abuso económico• Explotación por parte de los cuidadores

Para concluir con este acercamiento conceptual, citamos a continuación la definición considerada en la Ley 103, Ley Contra la Violencia a la Mujer y la Familia, vigente en el Ecuador. En su Artículo 1 se exponen los Fines de la Ley de la siguiente manera:

Art. 1.- Fines de la Ley.- La presente Ley tiene por objeto proteger la integridad física, psíquica y la libertad sexual de la mujer y los miembros de su familia, mediante la prevención y la sanción de la violencia intrafamiliar y los demás atentados contra sus derechos y los de su familia.

Sus normas deben orientar las políticas del Estado y la comunidad sobre la materia.

Art. 2.- Violencia Intrafamiliar.- Se considera violencia intrafamiliar toda acción u omisión que consista en maltrato físico, psicológico o sexual, ejecutado por un miembro de la familia en contra de la mujer o demás integrantes del núcleo familiar.

Art. 3.- Ámbito de aplicación.- Para los efectos de esta ley se consideran miembros del núcleo familiar a los cónyuges, ascendientes, descendientes, hermanos y sus parientes hasta el segundo grado de afinidad.

La protección de esta Ley se hará extensiva a los ex cónyuges, convivientes, ex convivientes, a las personas con quienes se mantenga o se haya mantenido una relación consensual de pareja, así como a quienes comparten el hogar del agresor o del agredido.¹⁰

1.2 Causas de la violencia y sus diferentes tipos

El interés de la comunidad científica, preocupada por el tema de la violencia intrafamiliar, ha empleado, a lo largo de sus estudios, diferentes modelos explicativos del fenómeno. Varias explicaciones han sido dadas, algunas desde modelos de pensamiento tradicionalistas, otras desde posiciones extremistas y otras brindando explicaciones que resultan incluso irrisorias. Muchas de estas explicaciones plantean un origen multicausal y circular dentro de un circuito que se retroalimenta a sí mismo mediante el resultado. Muchas de las estrategias a nivel de prevención, radican en la posibilidad de romper o modificar el funcionamiento de dicho circuito. En esta orientación, se tiende también a hablar de elementos o factores de riesgo que aumentan las probabilidades de que la violencia se manifieste.

Revisaremos a continuación algunas de los modelos explicativos planteados.

Herrera por ejemplo, en su obra titulada *Aspectos Generales De Agresión*, ha planteado la existencia de 4 tipos de causas: fisio-biológicas, psicológicas, psicosociales y las socioculturales.

Causas fisio-biológicas.- Entre las necesidades de este tipo se encuentran el hambre y el sexo. Herrera plantea a estas necesidades no simplemente como reflejos

¹⁰ Congreso Nacional del Ecuador. *Ley Contra la Violencia a la Mujer y la Familia*, Ley 103, Registro Oficial 839, 1995

sino como fenómenos sociales, cuya satisfacción (especialmente el hambre) se convierte en uno de los problemas más significativos para los Estados. Según el modelo de Herrera, el hambre actuaría como un detonante de agresiones luego de que la mujer propiciara repetidos reclamos al hombre ante su “incapacidad” de alimentar a la familia. Según el autor, esto podría degenerar en daños en la armonía familiar e incluso derivar en prostitución, alcoholismo y drogadicción en sus miembros.

Respecto del sexo, podría actuar también como desencadenante cuando la mujer se rehúsa a mantener relaciones sexuales tratando de obtener otros fines o como forma de “venganza” por conductas ofensivas del hombre, haciendo que éste se vea provocado e incluso forzado a someterla por la fuerza o a “suspender sus deberes como padre”.

Causas psicológicas.- Dentro de esta categoría, el autor ubica elementos como los celos que pueden ser bilaterales y reflejarían un comportamiento posesivo que comúnmente son manifestados por el hombre como consecuencia del machismo que presenta la sociedad. Representarían una manera de imponer autoridad coartando “algunos” derechos y libertades de la mujer. Sitúa además, el abuso de sustancias por parte del hombre, especialmente de alcohol, lo que generaría “transformaciones en la personalidad y comportamiento”. En los casos de consumo de sustancias por parte de los hijos, la madre podría ser responsabilizada por ello, generando una conducta violenta. Las madres representarían una minoría en cuanto al riesgo de abuso de sustancias. Un último elemento considerado en este grupo haría referencia a la inmadurez psicológica de personas que contraen matrimonio a tempranas edades, no pudiendo asumir las responsabilidades y exigencias de la vida conyugal, generando conflictos y tensiones constantes hasta llegar a agresiones físicas.

Causas psicosociales.- En esta categoría son mencionadas, entre otras, la deficiencia de comunicación interpersonal y la falta de tolerancia en la familia. Esto podría acarrear dificultades en cuanto a la resolución de conflictos al estar la comunicación basada en los canales emocional y conductual, y muy pocas veces en un canal cognitivo. Se incluirían en este grupo, la incapacidad para pedir las cosas de maneras aceptables, la dificultad para expresar opiniones, etc., es decir, aquello que generalmente es conocido como “falta de comunicación”.

Causas a nivel sociocultural.- La diferencia de clases sociales, especialmente si la mujer pertenece aun estrato social más bajo, podría generar en ella sentimientos de inferioridad, sumisión y baja autoestima, generando el ambiente acorde al sistema patriarcal propicio para que las agresiones físicas y psicológicas se presenten. Otro elemento presente en este tipo de causas hace referencia al “autoritarismo genérico”; es decir, cuando alguno de los géneros impone su voluntad sobre el otro. Generalmente esto se produce del varón hacia la mujer.

Si bien es conocido y aceptado que existen elementos que pueden incrementar el riesgo de que reacciones violentas se presenten, ninguno de estos elementos representa por sí mismo una fuente causal del fenómeno de la violencia intrafamiliar. En este contexto, el abuso de sustancias, las diferencias socioculturales, las necesidades económicas, la falta de comunicación, altos niveles de frustración, entre otros, deben ser considerados como factores precipitantes o de riesgo, mas no como causa de violencia.

Otra explicación es la propuesta por Scott (1961) y colaboradores¹¹. Este autor sustenta su modelo explicativo de Riesgo – Protección en la relación existente entre las situaciones de estrés o conflicto y los factores protectores con los que cuenta la familia. Así, proponen tres estadios de construcción de la respuesta violenta:

Primer estadio.- Se evidencian situaciones y condiciones generadoras de problemas que, se sabe, desencadenan o se asocian con respuestas violentas. Las condiciones están dadas pero aún no se genera daño alguno. Según el modelo de riesgo-protección, se diría que las familias se enfrentan ya a situaciones de estrés, y/o debilidad en sus factores protectores, pero el balance entre unos y otros todavía es favorable.

Segundo estadio.- La familia ya se enfrenta a problemas que, se sabe, desencadenan o se asocian con respuestas violentas. Todavía no se genera daño visible, pero la familia tiene dificultades para resolver adecuadamente, (constructivamente) la tensión entre necesidades, intereses, sentimientos y los recursos disponibles. La tensión es creciente, no se logra acuerdo sobre las metas o sobre los medios, se

¹¹ SCOTT Gane, (1961) “*Conductas Violentas*” Editorial. Avante. España, 1961

generan inequidades de poder, los miembros de la familia son conscientes del conflicto y pueden reconocer la oposición entre unos y otros. Aquí los factores de riesgo se han incrementado y el balance en los factores protectores resulta negativo.

Tercer estadio.- Ya se ha instaurado la respuesta violenta. Las tensiones se resuelven por la vía violenta, negando, dominando, excluyendo, rechazando, o aniquilando al oponente. En este caso los factores de riesgo se han exacerbado al máximo, los protectores se encuentran muy debilitados y la capacidad de respuesta de la familia se encuentra muy disminuida, perdiendo autonomía y control sobre las situaciones de tensión.

Reconocida es la trayectoria de Jorge Corsi y sus colaboradores, en el estudio de la violencia intrafamiliar. La explicación empleada por ellos radica en la comprensión indispensable de la Construcción del Poder en la dinámica de las relaciones familiares o de pareja. Según esta teoría, el control sobre el otro es la forma exitosa de ejercicio de poder. El análisis del discurso de quienes ejercen diversas formas de violencia (y también del de muchas víctimas de violencia) permite entender que la mayor parte de las conductas violentas tienen como meta ejercer control sobre la conducta del otro y se justifican mediante objetivos tales como “disciplinar”, “educar”, “hacer entrar en razones”, “poner límites”, “proteger”, “tranquilizar”, etc. La violencia se convertiría en una forma de ejercicio del poder que afecta negativamente la libertad y la dignidad del otro. Cuando existe un ejercicio del *poder*, el otro tiene posibilidad de reaccionar. En cambio, cuando lo que se ejerce es el *dominio*, la posibilidad de reaccionar deja de existir.

Para Marie France Irigoyen¹², “Dominio es una acción de apropiación mediante el desposeimiento del otro... una acción que mantiene al otro en un estado de sumisión y dependencia”. De esta manera son controladas las conductas de otras personas para lograr obediencia, sumisión y disponibilidad, que puede referirse al pensamiento, la conducta, la libertad, la sexualidad, etc. Una de las expresiones de este poder abusivo, lo constituye el poder de microdefinición que tiene por objeto orientar el quehacer del otro en función de intereses propios.

¹² IRIGOYEN, M.F. *El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana*. Buenos Aires. Ed. Paidós 1999

En el marco de la Violencia Intrafamiliar, este abuso del poder no se refleja en estados aislados de ira dentro de un conflicto. Hace más bien referencia a un proceso de control y dominio de una persona sobre otra, ocasionándole daño, ya sea este visible o invisible. Se trata de un acontecimiento que se produce como resultado de una relación, no es un proceso de comunicación, no es un acontecimiento individual, es más bien el resultado de un proceso de relación particular entre dos o más personas.

Un corte vertical y autoritario en la distribución del poder en familias de orígenes constituye una variable predominante en familias que presentan problemas de violencia intrafamiliar, aunque esto no es siempre visible desde el exterior. Este manejo del poder, generalmente por los hombres, es frecuentemente repetido con las futuras familias. Generalmente un niño víctima o por lo menos testigo de violencia, puede convertirse en un maltratador. Esta repetición generacional convierte a la violencia en el método de preferencia para la resolución de conflictos, provocando el fenómeno de normalización que en muchas ocasiones no deja a las mujeres ser conscientes del sufrimiento y menos aún de alternativas de resolución. Esta normalización o naturalización de la violencia se convierte poco a poco en consensos sociales cuya aceptación perpetúa la situación de daño para las víctimas. La transmisión del modelo autoritario y totalmente permisivo en cuanto a la violencia, no se instaura solamente de manera transgeneracional. En dicho proceso están involucrados además, otros sectores de la sociedad como gobierno, instituciones públicas, privadas y principalmente la educación.

Leonora Walker, otra autora reconocida en el tema de la violencia intrafamiliar, ha propuesto su modelo explicativo del problema, conocido como El Ciclo de la Violencia. Este modelo describe tres momentos básicos que sostienen una relación violenta.

Acumulación de Tensiones.- Constituye la primera fase del ciclo. Como su nombre lo indica, se caracteriza por la construcción y acumulación de situaciones estresantes en la pareja como problemas cotidianos, falta de dinero, conducta y educación de los niños, etc. Generalmente la mujer posee un mínimo de control en cuanto a la aparición y severidad de incidentes subidos de tono. Se presentan exigencias del agresor que de alguna manera pueden ser manejadas por la víctima

logrando así retrasar la presentación de incidentes violentos, siempre y cuando sea capaz de someterse poco a poco a las exigencias del agresor.

Descarga de la Violencia Física.- Se constituye por la presentación de un episodio grave de violencia, generalmente de agresiones físicas. Las conductas “inapropiadas” de la mujer son castigadas y tienen como consecuencia la pérdida de control de la situación. Este puede ser el período más corto pero sumamente significativo ya que es aquí cuando la mujer puede tomar la iniciativa de pedir ayuda, presentar denuncias, buscar apoyo psicológico o salir del hogar.

Arrepentimiento o Luna de Miel.- Se caracteriza por la movilización del agresor para demostrar arrepentimiento. Generalmente se presentan en esta etapa una serie de compromisos y promesas de cambio. El refuerzo de este ciclo se produce de manera inmediata ante la presencia de reforzadores inmediatos como la expresión de arrepentimiento y ternura, y un potencial refuerzo demorado como la posibilidad de un cambio conductual.

Este arrepentimiento tiene altas posibilidades de conseguir el perdón de la mujer y lograr que ella desista de las iniciativas tomadas. El espacio de tiempo existente entre cada fase es cada vez más corto, siendo más fácil llegar a la fase de descarga y prolongando indefinidamente el mantenimiento del ciclo.

Otro modelo que explica la perpetuación del ciclo de violencia es la Teoría de la Indefensión Aprendida propuesta por Seligman donde se sostiene que la alternabilidad entre períodos de agresividad, violencia, arrepentimiento y ternura, actúa como estímulo aversivo, que administrado al azar provoca una disociación entre los acontecimientos y el resultado de los mismos, haciéndolos impredecibles y llevando a la víctima a una actitud pasiva. La mujer tiende a acomodarse y someterse a las demandas del agresor. Sin embargo, es necesario especificar que, este estado de inactividad es relativo ya que la víctima pone en marcha una serie de mecanismos que le permiten conseguir el beneficio supremo de la supervivencia para sí misma y sus hijos/as.

TIPOS DE VIOLENCIA

Hemos definido a la violencia y hemos también especificado las teorías explicativas del fenómeno. A continuación es necesario determinar las diferentes maneras en que esta conducta violenta puede expresarse.

Diversas clasificaciones se han hecho, pero gran parte de ellas coinciden en categorizar la conducta violenta de acuerdo a criterios como manifestación, gravedad y frecuencia. Estos aspectos son generalmente determinantes a la hora de decidir abandonar la violencia en el hogar. Así, cuanto más severo y más frecuente sea el maltrato doméstico, será más probable que la mujer abandone la relación.

Un criterio de clasificación puede ser, como lo propone Pousser (1960), la generación a la que pertenecen víctima y victimario. Así podemos hablar de Violencia Intergeneracional cuando involucra sujetos de diferentes generaciones (padre-hijo), y Violencia Intrageneracional si involucra personas de la misma generación (hermano-hermana o esposo-esposa)

En el caso del criterio del tipo de manifestación, la clasificación de la violencia puede hacerse en los siguientes términos:

a. Violencia Física.

Se denomina así a cualquier acción proveniente de uno de los miembros del núcleo familiar, en perjuicio de otro (s) miembros(s) de la familia que provoca daño a la integridad física de una persona, adulta o menor de edad, y que se manifiesta mediante la acción del agresor contra el cuerpo de la víctima como golpear con la mano abierta, con el puño, con objetos, tirar de los cabellos, jalonear los brazos, etc. empujar, sacudir con fuerza, golpear contra las paredes, contra objetos, tirar al suelo, patear en las piernas o en otras partes del cuerpo, arañar, morder, quemar con cigarrillos, arrojar líquido o comida caliente u otro tipo de sustancia. Apretar el cuello, provocar asfixia, herir con armas de fuego, cuchillos u objetos punzo cortantes, forzar a tener relaciones.

b. Violencia Psicológica.

Es toda acción u omisión que cause daño emocional en las personas, Suele ser la más difícil de reconocer e identificar, pero es la que más consecuencias puede ocasionar¹³. Esta puede tener diversas manifestaciones, a saber:

Abuso Verbal.- Rebajar, insultar, ridiculizar, humillar, manipular e inducir a la confusión haciendo creer a la víctima (generalmente mujer) que esos golpes se los merece.

Intimidación.- Acusar con miradas, golpes o gritos, ejemplos: "si dices algo te mato". **Amenazas.-** de herir, matar, suicidarse, llevarse a los niños.

Abuso económico patrimonial.- Control abusivo de la economía familiar, castigos monetarios e impedirle trabajar aunque sea necesario para el sostén de la familia, etc.

Abuso sexual.- Presiones para abortar, imposición para el no uso de anticonceptivos, menosprecio sexual, imposición de relaciones sexuales en contra de su voluntad.

Aislamiento.- Control abusivo de la vida del otro, mediante la vigilancia de sus actos y movimientos, la escucha de sus conversaciones e impedimento de su socialización. **Desprecio.-** Consiste en tratar al otro como inferior, impedimento de toma decisiones importantes.

Muchas mujeres (si no todas), coinciden en manifestar el hecho de que sufrir violencia psicológica es más destructivo que vivir violencia física: *“algunas veces yo solo quería que ya me pegara para que se durmiera y no siguiera insultándome”*¹⁴

c. Violencia Sexual.

Es toda acción que implica amenazas o intimidaciones que afectan la integridad y la libertad sexual. Su expresión más grave es la violación sexual, pero los acercamientos íntimos no deseados son también formas de violencia sexual. También está considerada cualquier forma de contacto sexual o erotización con un niño o niña, la exhibición, la exposición a situaciones de pornografía, la explotación sexual, caricias no deseadas, relaciones emocionales sexualizadas, penetración oral, anal o vaginal con el pene u objetos, exhibicionismo, entre otras formas de expresión.

d. Violencia Económica.

¹³ OPCION “Violencia Familiar, un acercamiento teórico al problema”, OPCION - DIRANDRO - PNP - LIMA. 2001

¹⁴ Testimonio de una sobreviviente de violencia. Casa de Acogida “María Amor”.

Cap 1 – La violencia intrafamiliar

Es toda acción que implica la negligencia, abandono y/o descuido por parte del padre o la madre o quien tiene a cargo el menor en todo los aspectos: emocionales, culturales, educación, salud, etc.

La legislación vigente en el Ecuador, mediante la Ley 103 Contra la violencia a la Mujer y a la Familia, reconoce esta clasificación diciendo:

Art. 4.- Formas de violencia Intrafamiliar.- Para efectos de esta Ley se Considera:

- a) **Violencia Física.-** Todo acto de fuerza que cause daño, dolor o sufrimiento físico en las personas agredidas cualquiera sea el medio empleado y sus consecuencias, sin considerarse el tiempo que se requiera para su recuperación.
- b) **Violencia Psicológica.-** Constituye toda acción un omisión que cause daño, dolor, perturbación emocional, alteración psicológica o disminución de la autoestima de la mujer o el familiar agredido. Es también la intimidación o amenaza mediante la utilización de apremio moral sobre otro miembro de familia infundiendo miedo o temor a sufrir un mal grave e inminente en su persona o en la de sus ascendientes, descendientes o afines hasta el segundo grado;
- c) **Violencia Sexual.-** Sin perjuicio de los casos de violación y otros delitos contra la libertad sexual, se considera violencia sexual todo maltrato que constituya imposición en el ejercicio de la sexualidad de una persona, y que la obligue a tener relaciones u otras prácticas sexuales con el agresor o con terceros, mediante el uso de la fuerza física, intimidación, amenazas o cualquier otro medio coercitivo.

Para Corsi, el carácter cíclico de la violencia es un aspecto fundamental para comprender su dinámica. Otro factor indispensable en esta tarea, describe el carácter de escalada y de intensidad creciente que tiene el fenómeno. Los diferentes tipos de violencia no se presentan de manera aislada, sino entrelazados dentro de un proceso que aumenta en términos de intensidad y frecuencia.

Describe en primer lugar una etapa en la que la violencia es muy sutil y casi imperceptible, tomando la forma de violencia psicológica, cuyo principal objetivo es minar la autoestima de la mujer mediante ridiculizaciones, desatención a comentarios, desvalorización de opiniones e iniciativas, comparaciones, correcciones

en público, etc. Si bien estas manifestaciones no son catalogadas inicialmente como “violentas”, producen un efecto devastador de progresivo debilitamiento de las defensas psicológicas de la mujer.

Cuando esta etapa se ha alcanzado hacen su aparición las manifestaciones de violencia verbal. El agresor refuerza la violencia psicológica mediante el uso de insultos y epítetos denigrantes, tanto en privado como en público. Aparecen calificativos como *estúpida, tonta, ridícula, inútil* u otros de mayor nivel.

Entre el segundo momento y a la presentación de violencia física, existe una línea muy delgada. Puede iniciar con “juegos” groseros, empujones, presiones a nivel de las extremidades, los brazos generalmente, para luego darle bofetadas en la cara, trompadas, tirones del cabello, patadas, pudiendo terminar incluso en homicidio o suicidio.

1.3 La violencia vista desde un enfoque de genero

*“Religiones, leyes, mitos, literatura, ciencia y filosofía
se dan la mano para construir esta mujer
manantial de vida y de males, hembra portadora
de culpas o dones, elevada al cielo o arrojada a los infiernos.”*

*Liliana Mizrahi*¹⁵

Desde el instante mismo en que un nuevo ser es concebido, existe desde ese momento un sinnúmero de expectativas y legados que le serán transmitidos.

¹⁵ LA CUERDA, Año 10, No. 99 – Abril, 2007

La tecnología actual permite, a diferencia de épocas anteriores, conocer el sexo del bebé meses antes del nacimiento. Desde ese momento los padres generalmente empiezan a desplegar una serie de preparativos para recibir a su nuevo hijo o hija. Sus preocupaciones se centran en preparar detalles básicos como un nombre y otros que aunque no sean indispensables para el recibimiento, suelen estar presentes incluso antes de la llegada del bebé; cómo se ha de comportar, que color de vestimenta usará, en qué escuela estudiará, que deportes practicará, a qué se dedicará e incluso a qué edad debería formar una nueva familia.

Es desde aquí que es necesario establecer una diferencia entre dos instancias significativas para un ser humano: El Sexo y El género.

Como bien sabemos, el sexo de una persona está determinado por el componente biológico, fisiológico y anatómico. Así, el aparato genital establece la diferencia entre una hembra y un macho.

Pero es en función de este sexo, que a la niña y al niño se les asigna un conjunto de roles, estereotipos e imaginarios típicamente aceptados por la sociedad y que contribuyen en la conformación del género femenino o masculino. En este contexto, un bebé poco a poco va aprendiendo de su entorno todo lo que significa ser, comportarse y pensar como un hombre o una mujer. La familia de origen tiene un papel preponderante en esta construcción que incluye aspectos determinados, relacionados con el tipo de juegos, la vestimenta, el tipo de relación con el entorno, prohibiciones y sus diferencias, comportamientos adecuados, etc. Al niño se le asignan roles generalmente activos, se le incentiva a actividades fuertes e incluso agresivas, se le enseña gradualmente a controlar e inhibir la expresión emocional bajo el riesgo de ser visto en él algún elemento “femenino”. A la niña se le conceden mas bien roles pasivos y sumisos. Los niños y las niñas aprenden también las diferencias que existen entre ellos y los adultos, comprenden la “superioridad” que estos tienen en función del poder.

Desde este marco, el concepto de género es entendido como una construcción cultural que define lo masculino y lo femenino a partir de estereotipos.

Bien conocido es el hecho de que todos estos elementos presentes en la construcción de género están ampliamente influenciados por las normas sociales en que dicha familia se desenvuelve. Así, algunas sociedades conciben diferencias de género mínimas y más equitativas. Otras en cambio, sobre todo aquellas de corte conservacionista, establecen marcadas diferencias entre un género y otro; diferencias que en muchas ocasiones llegan a constituirse en diferencias de poder.

Desde la cultura patriarcal, aún vigente hoy en día, el imaginario *PODER* esta generalmente asociado con ideas asignadas a lo masculino. Así se relacionan ideas como fuerza, inteligencia, control emocional, entre otros. Surge desde ahí la idea de la superioridad de un sexo sobre el otro; la ley del más fuerte, prevalece en las relaciones de poder.

Alda Facio, jurista costarricense, escritora y experta en derechos humanos de las mujeres, representante del pensamiento de feminista y de género, en una de sus últimas visitas a Guatemala destacó la resonancia que el patriarcado posee en la violencia contra la mujer. “Mi teoría es que si no se elimina el primer sistema explotador que es el patriarcado, siempre van a surgir otros sistemas de explotación.”¹⁶

Su trabajo, en cuanto al pensamiento de género, se remonta hasta hace aproximadamente 40 años, en los que ha dedicado su trabajo a la erradicación del patriarcado a través de la visibilización, análisis y desmantelamiento de cada una de las instituciones que lo mantienen. Para Facio, se trata de “un sistema de dominio que nosotras quisimos seguir llamando patriarcado, implica que todo lo relacionado con lo masculino tiene más valor y poder en cada una de las instituciones de la sociedad, aunque no implica que las mujeres no tengamos ningún tipo de poder, ni de derechos, influencias o recursos”.¹⁷

Esta “superioridad” puede no solo expresarse sobre las mujeres. La condición de “inferioridad” puede ser también compartida por niños, niñas, ancianos e incluso otros hombres que compartan alguna de las categorías inferiores entre hombres, generando el fenómeno de la discriminación.

¹⁶ LA CUERDA, Año 9, No. 92 – Agosto, 2006

¹⁷ LERNER, Gerda. *La creación del patriarcado*. Editorial Crítica. Barcelona, 1990.

Así, la existencia de diferentes instituciones patriarcales en la sociedad configura el legado que será transmitido en el momento del nacimiento a cada niño o niña, significando muchas veces una sentencia anticipada.

Todo el conjunto de roles y estereotipos se van constituyendo en mandatos sociales, legitimados entre hombres y mujeres e instaurados en el imaginario colectivo.

Así como las relaciones de poder son legitimadas, son también legitimadas las relaciones de violencia.

Es desde esta comprensión que actualmente se prefiere hablar de Violencia de Género para establecer el papel que la sociedad tiene en la aparición, el mantenimiento y lucha en contra de la violencia contra las mujeres.

Marlene Villavicencio, directora de la Casa de Acogida María Amor, dedicada varios años al estudio de la violencia de género sugiere la necesidad de hablar de LAS VIOLENCIAS para referirse a todas aquellas manifestaciones del fenómeno; estructural, social, económica, intrafamiliar, etc., contra LAS MUJERES por la diversidad existente, también en las víctimas, tales como edad, raza, condición social, etc.

Cabe hablar entonces de Violencia de Género para mostrar el alcance de un hecho que legitima el maltrato a las mujeres por el simple hecho de serlo.

En su libro *Íbamos a ser reinas*, Nuria Varela ejemplifica perfectamente este hecho cuando manifiesta: “Solo una idea me quedaba en la cabeza... nos habían engañado. Hemos vivido durante siglos bajo un modelo de sociedad que asigna a los hombres un rol de poder caracterizado por el control del hogar, el acceso al trabajo remunerado, el disfrute del tiempo libre y la participación en la vida pública, mientras a la mujer se le asigna el trabajo doméstico, el cuidado del esposo y de los hijos, no remunerado, tiempo de ocio restringido y casi nula participación en la vida pública. Este modelo es apenas cuestionado a pesar de la progresiva incursión de las mujeres fuera del estereotipo...”¹⁸

1.4 Efectos de la violencia

¹⁸ VARELA, Nuria, *Íbamos a Ser Reinas*, Ediciones B, S.A. 2002,

Otro tema sobre el que mucho se ha escrito y debatido, es el que hace referencia a los efectos de la violencia intrafamiliar para las personas que la sufren.

Ante todo debemos decir que no es un aspecto fácil de determinar. Hablar de los efectos de la violencia sistemática para una persona, implica abordar diferentes aspectos de un mismo fenómeno. Significa hablar de consecuencias que van desde hematomas hasta alteraciones mentales graves e incluso la muerte.

No es una exageración el proponer que la violencia afecta a todas las áreas significativas de la persona.

Corsi plantea la necesidad de evaluar las consecuencias de una relación abusiva desde una clasificación en dos grandes grupos: Los daños visibles e invisibles¹⁹.

Según el autor, existen hechos histórico - culturales que han ocasionado esta diferenciación, entre los que encontramos los criterios de invisibilización y normalización, los cuales han provocado una gran dificultad para la comprensión y el reconocimiento de la violencia en las relaciones sociales.

Por mucho tiempo, la violencia doméstica ha permanecido invisible a los ojos de la sociedad, no porque no existiera sino porque la sociedad como tal no podía percibirla como un problema. Corsi establece dos condiciones para visibilizar a un objeto:

1. Que el objeto tenga inscripciones materiales que lo hagan perceptible.
2. Que el observador disponga de las herramientas o instrumentos necesarios para percibirlo.

Corsi describe cómo el rasgo racionalista que caracterizó a la ciencia en el siglo XIX, con su representación en el dualismo cartesiano, concebía “lo real” estrictamente como aquello que podía ser captado a través de los sentidos, coincidiendo con la influencia del materialismo y del realismo ingenuo, posición que hoy sustenta al positivismo. Desde esta posición, por mucho tiempo, y por muchos autores, la calidad de “daño” de la violencia fue considerada básicamente desde aquello que se podía percibir. De ahí las primeras terminologías empleadas para describir los cuadros como “Síndrome del niño apaleado” o “Síndrome de la mujer golpeada”,

¹⁹ CORSI Jorge *Violencia Familiar. Conceptos Básicos*, Universidad de Buenos Aires

haciendo referencia primordialmente al nivel de daño corporal. Muchos niveles de daño “invisible” quedaron sin ser registrados.

*“Si nos ubicamos ahora en la perspectiva del observador, la invisibilización de la violencia familiar estuvo directamente vinculada con la ausencia de herramientas conceptuales (partiendo de su definición misma) que permitieran identificarla y recortarla como objeto de estudio. Así como en el campo biológico los microorganismos fueron “inexistentes” hasta la invención del microscopio, en el campo social se ignoró la existencia de la violencia familiar hasta que las investigaciones específicas la sacaron a la luz, mostraron su magnitud, describieron sus formas y se interrogaron acerca de sus motivos y de sus consecuencias”.*²⁰

Otro factor determinante al momento de completar el proceso de invisibilización, ha sido desde hace mucho tiempo, e incluso hasta hoy en día, la concepción idealizada que se tiene de “la familia” como ese ente caracterizado por brindar amor, seguridad y protección a sus miembros. Es difícil concebir siquiera el otro lado de este mismo fenómeno, aquel que muestra al núcleo familiar como un lugar en el que se pueden sentir altísimos niveles de miedo e inseguridad.

Emprender entonces la tarea de estudiar y censurar la violencia doméstica, ha significado un arduo trabajo, especialmente, considerando el alto nivel de rechazo que esto pudiera generar en la sociedad común, al criticar a uno de sus elementos básicos y sagrados como es la familia.

Otro criterio para ordenar los efectos de la violencia, está relacionado con la clasificación de la misma que hemos planteado anteriormente. Es importante además recalcar que esta diferenciación sólo se hace en términos de facilitar la descripción. Generalmente, los efectos no se presentan de manera aislada sino como un conjunto de manifestaciones que confluyen todas en el concepto de “víctima”.

Podemos así encontrar daños en los siguientes niveles:

Daños Físicos.- No es difícil tratar de imaginar las marcas corporales que resultan de una agresión cargada de ira y poder. Muchas mujeres presentan consecuencias que

²⁰ CORSI Jorge *Violencia Familiar. Conceptos Básicos*, Universidad de Buenos Aires.

van desde lesiones “superficiales” como rasguños, hasta otras que muchas veces requieren atención médica inmediata e internación. Fruto de las agresiones físicas, las mujeres pueden sufrir asfixia, hematomas en diferentes partes del cuerpo, heridas que requieren sutura, fracturas, laceraciones, pérdida de piezas dentales, quemaduras, desfiguraciones, discapacidad, lesiones internas o resultar mortales como en el caso del "suicidio" forzado, muerte por lesiones u homicidio. Numerosos estudios sostienen que gran parte de las mujeres que mueren víctimas de homicidio, son asesinadas por sus parejas. De no resultar mortales, la gravedad de las lesiones y su implicación legal está considerada en base de los días de “incapacidad para el trabajo” que las lesiones requieran para su recuperación.

Otro aspecto en la mujer que se ve afectado, se refiere a su salud sexual y reproductiva. Es muy alto el porcentaje de mujeres que son obligadas a mantener contactos sexuales mediante coerción o forzosos, provocando desgarraduras vaginales o anales, mutilaciones genitales, lesiones en las mucosas útero-vaginales por introducción de objetos usados para violarlas, etc. Muchas son obligadas a no usar métodos anticonceptivos, resultando las violaciones en embarazos no deseados o en contagios de enfermedades de transmisión sexual. Los razonamientos celotípicos del agresor los hacen controlar o “regular” de manera rígida la sexualidad de la mujer, como muestra de su poder sobre ella y la relación. Este tipo de agresiones puede generar otras disfunciones sexuales como falta de interés sexual.

Daños Psicológicos.- Debido a la importancia del tema, en especial para esta investigación, intentaremos describir ampliamente el efecto destructivo de la violencia en el psiquismo de una mujer.

Como menciona Susana Velásquez,²¹ debe tenerse presente que todo ataque al cuerpo representa un ataque a la identidad y a la subjetividad, especialmente tratándose de violencia sistemática instaurada y sostenida por períodos considerables de tiempo.

En un complicado proceso que implica la suma de variables tanto del agresor como de la agredida, es que poco a poco va configurándose la identidad de “la Víctima” y “el Victimario”. La condición de víctima se construye de un tipo de relación que

²¹ VELÁZQUEZ Susana *Sobre víctimas y victimarios*, Universidad de Buenos Aires

resulta traumática, dejando huellas no solamente físicas pero sobre todo psíquicas, haciendo que cada vez le resulte más difícil a dicha víctima dejar de considerarse como tal.

Velásquez sostiene que:

“...una persona traumatizada por haber sido violentada, tal como se observa en la experiencia clínica, suele presentar básicamente estos sentimientos:

- Sentir desamparo. Frente al peligro real de un ataque y la amenaza a la integridad física, emergen sentimientos de impotencia y angustia junto con la necesidad de sentirse protegida.*
- Vivencia de estar en peligro permanente. Esta vivencia proviene del sentimiento de desvalimiento y está vinculada con la magnitud del peligro, real o imaginario con la consecuente pérdida de seguridad, de confianza y el predominio del deseo no ser destinataria, nuevamente, de actos violentos que superan la capacidad de tolerancia por lo inesperado de los ataques.*
- Percibirse diferente a los demás. El recuerdo reiterado de la violencia padecida, actúa haciendo sentir sus efectos penosos por largo tiempo y en diferentes aspectos de la vida. La mujer violentada suele creer que es la única persona a quien le sucedió el hecho de violencia. Esta creencia le suscitará sentimientos de humillación, autodesprecio, desesperanza, aislamiento, que reforzarán el silencio. Los sentimientos descritos surgen por el dolor y la impotencia de no poder transformar lo que ya pasó, dejando su impronta en el cuerpo, en los afectos y en la vida cotidiana. También expresan la vergüenza que se siente porque un “otro” pasó por su cuerpo (golpeó, abusó, violó) dejando su marca de denigración.”²²*

Vemos entonces que en la vivencia personal e interna de una mujer víctima de violencia, están presentes sentimientos como temor, culpa, desvalorización, odio, vergüenza, asco, desconfianza, aislamiento, marginalidad, inadecuación (ser diferentes a los demás) autorechazo, entre otros. Entre las consecuencias más significativas se encuentra el alto riesgo de suicidio al que las víctimas se ven

²² VELÁSQUEZ Susana *Sobre víctimas y victimarios*, Universidad de Buenos Aires

expuestas. El vivir agresiones físicas, psicológicas y sexuales, representa para la mujer una desgastante lucha contra el agotamiento emocional y físico que puede fácilmente llevar a ideas de muerte que en un gran porcentaje llegan a materializarse, especialmente cuando la mujer no es capaz de visualizar estrategias de apoyo y afrontamiento. En otros casos, la necesidad de aplacar el dolor y sufrimiento general, actúa como factor predisponente para que la mujer incurra en abuso de sustancias como drogas, alcohol o fármacos, entre muchas otras conductas autodestructivas.

La autoestima de la mujer, es otra de las áreas que se ve seriamente afectada. El efecto en este sentido llega a ser calificado frecuentemente por varios autores como *devastador*. La presencia casi permanente de frases como **“no vales para nada”**, **“ni para esto me sirves”**, y muchas otras, generalmente acompañadas de epítetos vulgares, generan fuertes sentimientos de degradación y humillación, actitudes de sometimiento, aislamiento afectivo, sensación de soledad y desamparo, trayendo como resultado un rendimiento general por debajo de sus posibilidades reales. Estas vivencias pueden resultar tan traumáticas que incluso producen alteraciones a nivel de la personalidad.

De la experiencia obtenida en la práctica con pacientes víctimas de violencia doméstica se ha visto que entre los cuadros psicopatológicos más frecuentes, se encuentran los trastornos del estado de ánimo, trastornos del sueño, de la conducta alimentaria, ansiedad, pánico, despersonalización y otros síntomas muy relacionados con aquellos presentes en el estrés postraumático o en una fobia específica.

La frecuente repetición de los signos y síntomas antes mencionados, ha llevado a diferentes autores a intentar agruparlos dentro de categorías o síndromes específicos.

Leonora Walker es la autora del concepto de *Síndrome De La Mujer Maltratada*. Este complejo cuadro incluye la sintomatología antes mencionada, para ser comparado con los fenómenos típicamente frecuentes en prisioneros en campos de concentración. Las funciones fisiológicas como pulso y respiración se ven afectadas por procesos de condicionamiento orgánico y psicológico a los horarios de regreso del agresor. Se encuentra otros tipos de dificultades respiratorias, temblores generalizados, incontinencia, desorientación, letargia, rumiación, distorsiones

perceptivas, pensamiento mágico, vivencias catastróficas, resistencia silenciosa y muchas otras estrategias que actúan como mecanismos de defensa movilizados por la víctima para reducir la experiencia de sufrimiento. Asociados a este cuadro, pueden ser comunes también otros como:

- El Síndrome del Esclavo, caracterizado por la sumisión y el sometimiento;
- El síndrome de Indefensión Aprendida donde el clima de terror afecta a las capacidades cognitivas de la víctima haciendo que esta pierda su capacidad de reacción ante situaciones de riesgo y peligro; o
- El Fenómeno de Identificación con el Agresor también conocido como síndrome de Estocolmo, donde la víctima desarrolla actitudes de simpatía con el victimario, haciendo en varias ocasiones que se dificulte el que la mujer pueda ser socorrida por oficiales de policía por ejemplo.

Aparte de las consecuencias directas para la mujer, también terceros pueden verse afectados. Así por ejemplo, en el caso de lesiones durante el embarazo (que tienen alta incidencia) el feto puede sufrir graves consecuencias. Los hijos de la pareja, que generalmente se involucran tratando de defender a la madre, pueden ser afectados incluso físicamente.

Podemos evidenciar entonces, que el fenómeno de la violencia, no es una entidad clínica poco significativa, al contrario, representa un cuadro que con sus múltiples manifestaciones afecta al estado general de salud de una mujer. Cada vez más estudios se dedican a estudiar la relación existente entre Violencia y Salud. Una de las dificultades al respecto, radica en que los registros médicos no suelen indagar elementos “privados” de las personas atendidas. En el caso de las agresiones físicas que requieren intervención médica, la causa es generalmente obviada o distorsionada por la víctima o sus acompañantes.

Otros estudios han mostrado que al comparar mujeres no maltratadas con mujeres sobrevivientes de cualquier tipo de violencia, estas últimas son más vulnerables a las enfermedades y tiene mayor probabilidad de experimentar una serie de problemas de salud graves, por bajos niveles de defensas, lo que podría ser resultado de la exposición a altos niveles de estrés.

El informe del Banco Mundial señala que, en términos globales, la carga de salud por victimización de género es comparable a la correspondiente a otras condiciones de alta prioridad en la agenda mundial representada por otros factores de riesgo y enfermedades tales como el virus de inmunodeficiencia humana (HIV), la tuberculosis, la sepsis durante el parto, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares y que, en términos de economías de mercado, la violencia de género es responsable por uno de cada cinco días de vida saludable perdidos por mujeres en edad reproductiva, entre 15 y 44 años, que representa casi un año de vida perdido por cada cinco años de vida saludable. En términos económicos y de productividad, significa que una mujer que vive esta realidad tiene dificultades para desempeñarse adecuadamente en su trabajo, por el nivel de daño o porque pudiera necesitar tiempo para recuperarse de las lesiones. Es por estas y muchísimas otras razones, que la violencia intrafamiliar debe ser considerada como un problema de salud pública.

Daños o impacto a escala social.- Para hablar de este nivel de daño, se considera necesario diferenciar un nivel interno y otro externo. A nivel interno, el daño hace referencia a las conductas de marginación, exclusión y violación de derechos mediante los que las mujeres son revictimizadas por parte de la sociedad. Ella entonces se ve obligada al aislamiento progresivo desde círculos sociales más amplios hasta grupos familiares y amigos íntimos.

En cuanto al nivel externo, la sociedad puede verse afectada en aspectos como agregados en costos de atención de salud, al ser considerados gastos “extraordinarios” para la atención y tratamiento de las lesiones. El tratamiento psicológico necesario debería estar también incluido.

Como mencionábamos anteriormente, se producen efectos también en los niveles de productividad generando un impacto económico que puede extenderse a la pérdida de empleo de la mujer.

Daños para las generaciones futuras.- Generalmente, en los casos de violencia intrafamiliar, la mujer no es la única víctima puesto que con ella existen más personas afectadas directa o indirectamente. No es demasiado diferente para un niño

haber experimentado violencia o haberla presenciado en la persona de su madre, presentando un conjunto de síntomas y problemas que por sí mismos constituyen un tema de investigación. Sin embargo, una de las consecuencias más trascendentales radica en la multiplicación y perpetuación de la violencia. Estudios han comprobado que niños crecidos en hogares violentos tienen mayores probabilidades de convertirse en agresores, en comparación con aquellos que no tenían violencia en la familia de origen. En el caso de las niñas, se ve que tienen mayor riesgo de permanecer en relaciones violentas cuando adultas, repitiendo modelos maternos de sumisión aprendidos desde la infancia.

1.5 Mitos y realidades sobre la violencia

Los temas que provocan incomodidad en la sociedad y sobre todo en su símbolo más emblemático como lo es la familia, generalmente causan un alto nivel de rechazo que a la vez consigue que se evite investigar o conocer más al respecto. Consecuencia directa de este hecho, surge una cadena de especulaciones y creencias poco sustentadas y casi siempre equivocadas sobre el tema. Esto ocurre con la violencia.

En el conocimiento general de la gente están presentes una serie de mitos que gozan de cierto grado de aceptación y “validación” por su alta difusión. Parte importante del trabajo en violencia implica el esfuerzo por romper dichos mitos para que la realidad, aunque dolorosa e incómoda pueda ser conocida.

A continuación presentaremos a manera de ejemplo, algunos de los mitos más difundidos, junto con su respectiva clarificación, resultado de investigaciones de muchos años.

- **Mito.- Las mujeres son masoquistas, por eso no dejan a ese hombre que las golpea.**

Realidad.- La gran mayoría de las mujeres que sufren violencia doméstica han pensado al menos una vez en abandonar la relación violenta, aunque no todas pueden concretar esta idea por diferentes motivos como falta de apoyo, falta de información, desconocimiento, etc, o porque han sido presa de las amenazas del agresor.

- **Mito.- La violencia doméstica se presenta solo en los estratos sociales bajos.**

Realidad.- Aunque es cierto que la pobreza constituye un factor de riesgo, esto no significa que se trate de un fenómeno exclusivo de las clases sociales carecientes.

- **Mito.- Las mujeres provocan a sus maridos hasta que ellos las golpean.**

Realidad.- De los testimonios emitidos por las víctimas, se desprende que generalmente la mujer hace todo lo que esté a su alcance para “complacer” al agresor y evitar la presentación de la conducta violenta.

- **Mito.- La violencia es un problema relacionado con el alcohol. Los hombres son violentos cuando están ebrios.**

Realidad.- Como en el caso anterior, el alcohol suele aumentar la posibilidad de que la violencia se presente, pero es un hecho que no todas las personas alcohólicas son violentas y según el testimonio de muchas mujeres, sus esposos las golpeaban aunque no consumieran sustancia alguna.

- **Mito.- Los mayores peligros para una mujer se encuentran en la calle, donde puede ser presa de desconocidos.**

Realidad.- Según datos recogidos, se sabe que el 85% de los casos de abuso sexual ocurren en lugares conocidos a manos de personas relacionadas o cercanas a la familia. La mayoría de casos atendidos de mujeres con traumatismos en las salas de emergencia de los centros asistenciales, corresponden a violencia doméstica.

- **Mito.- Los hombres violentos son locos, psicópatas o enfermos.**

Realidad.- De las evaluaciones realizadas a hombres violentos, luego de que ésta es sugerida por autoridades, se ha comprobado que no existe patología alguna que pueda justificarse como elemento causal de la conducta violenta.

- **Mito.- No solo las mujeres son maltratadas, Ellas también golpean a sus maridos.**

Realidad.- Aunque existen familias en que se presentan casos de violencia cruzada o violencia de la mujer hacia el varón, datos estadísticos de diversas partes del mundo sostienen que el 98% de las personas atacadas son mujeres y el 92% de los atacantes son varones.

- **Mito.- La violencia disminuye con el embarazo por el riesgo de perder al bebé.**

Realidad.- Muchas mujeres describen cómo las agresiones físicas empezaron con el primer embarazo o incluso en los siguientes embarazos éstas se incrementaban llevando varias veces a riesgo o abortos intencionalmente provocados.

1.6 La Casa de Acogida “María Amor”²³

La Casa de Acogida “María Amor”, obra social de la Vicaría de Pastoral Social, inicia su trabajo el 3 de agosto del 2004, para acoger temporalmente a mujeres y sus hijos/as que viven situaciones de violencia.

La Casa responde con sus servicios a la demanda de la sociedad cuencana y de las organizaciones que trabajan el tema de la violencia. Cuenta con un equipo interdisciplinario para una atención integral a las mujeres y sus hijos/as. El equipo trabaja en las siguientes áreas: Acogida y Acompañamiento de las mujeres y niños/as; Línea Telefónica de ayuda; Formación y Capacitación; Administración.

La Casa “María Amor” tiene capacidad para acoger y acompañar hasta 15 mujeres y 30 niños, aunque en momentos, la demanda podría llegar a sobrepasar esta capacidad.

²³ Equipo Interdisciplinario, Metodología de Casa Maria Amor, 2007,

Cap 1 – La violencia intrafamiliar

Es nuestra convicción, que mujeres y niños/as que han vivido en situaciones de violencia no tienen porque enfrentar la violencia a solas y que requieren además del hospedaje y de alimentación sana, apoyo integral. Para que puedan superar sus experiencias y sanar necesitan un lugar de paz y contención en donde un equipo capacitado les acompaña en su rutina diaria, sus trámites y en la toma de decisiones.

Desde la primera cita de diagnóstico las mujeres entran en un proceso, en el cual son acompañadas por un equipo profesional. Conjuntamente con la mujer acogida se diseña un plan de acciones y se decide tentativamente el tiempo de alojamiento en la Casa “María Amor”. La mujer y el equipo toman responsabilidades en el cumplimiento del plan y del proceso. De esta manera la mujer toma parte activa en la toma de decisiones y la solución de problemas.

El equipo brinda a través de talleres (derechos, violencia, solución pacífica de conflictos etc.) y de terapias, el apoyo necesario para que las mujeres estén en condiciones para retomar sus vidas.

Los niños/as que se alojan en la Casa, son parte de la problemática de la violencia y necesitan apoyos y cuidados especiales para superar las experiencias dolorosas que les ha tocado vivir, para ello contamos con un Centro de Cuidado en el que ofrecemos formación y apoyo psicopedagógico y lúdico.

El 25 de Noviembre del 2005, lanzamos al aire la Línea Telefónica de Apoyo “Para enfrentar la Violencia No estamos solas”, con el número 2832 817, con la finalidad de ofrecer a las mujeres afectadas por la violencia un medio a su alcance para romper el silencio e informarse sobre sus derechos. Así mismo, la línea telefónica es un instrumento de fortalecimiento a la coordinación interinstitucional y el funcionamiento de la RIAP-VIF.

En el reto de brindar una atención integral, cálida y de calidad, la Casa “María Amor” recibe el apoyo de organizaciones públicas, privadas, nacionales e internacionales.

VISION

“Somos un espacio de referencia que aporta a la construcción de una nueva cultura de género basada en una ética de convivencia social, justa, solidaria y democrática.”

MISIÓN

“Casa María Amor es una obra social de la Vicaría de Pastoral Social de Cuenca que brinda acogida, acompañamiento y atención integral a las mujeres y sus hijos/as que viven situaciones de violencia de género en la familia, a través de un equipo interdisciplinario y la coordinación interinstitucional que aporta a propuestas teóricas y metodológicas de una nueva pedagogía de género a fin de construir relaciones basadas en el respeto mutuo, la equidad y la dignidad humana. Difundir el problema social de la violencia para generar y promover conciencia, sensibilidad y responsabilidad ciudadana y gubernamental.”

Entre los objetivos se encuentra:

- Brindar un espacio de paz, en donde las mujeres y niños/as pueden sanar sus heridas y traumas y conocer una vida libre de violencia.
- Informar a las mujeres sobre sus derechos y promover los valores de equidad entre los hombres y las mujeres.
- Promover la autoestima de las mujeres a través de talleres y cursos.
- Ayudar a superar la situación conflictiva presente en los niños/as alojadas en la Casa María Amor, mediante actividades lúdicas, apoyo psicológico, pedagógico y alimentación adecuada.
- Ser un Centro de encuentro, de estudio e investigación para las personas que trabajan (o están interesadas) en cuestiones de género para lograr una nueva pedagogía de género.
- Trabajar en la prevención y atención de la violencia de género

Estos objetivos se intentan conseguir mediante servicios como alojamiento y alimentación sana para las mujeres y sus hijos e hijas, acompañamiento integral a las mujeres (psicológico, legal, social y otros en coordinación con las instituciones de la RED-VIF) en la solución de su problemática, seguimiento para que mujeres que salieron de la CMA, actividades lúdicas, apoyo psicológico, apoyo pedagógico para

niños/as, línea telefónica de ayuda “Para enfrentar la violencia no estamos solas”, Celebración de la “Luna Llena” como espacio informal de discusión y promoción, Talleres sobre violencia de género en la familia.

“Las mujeres sufren violencia doméstica y hasta mueren, en manos de la persona que juró amarlas, millones de mujeres están atrapadas en la violencia sin atreverse a romper con ella, no la comprenden, la perciben como parte de su destino porque ya desde pequeñas fueron domesticadas: les dijeron que no alcen la voz, que sean obedientes, que no griten mucho, que mantengan la compostura, que se arreglen bonitas para que alguien las mire y pueda ver su rostro, porque ellas no tienen ni rostro ni apellido mientras no haya un hombre que les otorgue. Y cuando lo encuentren, de ellas y solo de ellas dependerá mantenerlo a su lado... La violencia es el vértice en el que se expresa la subordinación y la exclusión de más del 50% de la población; en las violencias en contra de las mujeres está la raíz de una sociedad subsumida en el caos, la desprotección, el desamor y las pobreza.”²⁴

1.7 Propuestas de intervención

Así como variadas son las teorizaciones sobre el tema, variadas son también las propuestas de intervención y las orientaciones desde donde éstas son emitidas.

Al considerar el gran conjunto de consecuencias que el fenómeno acarrea para la víctima, las propuestas según sea su orientación priorizan diferentes aspectos. Sin embargo, un elemento común en la mayoría de propuestas de intervención, hace referencia al hecho de que, para contrarrestar los múltiples efectos que la violencia tiene para la víctima, es indispensable una atención integral, en la que se conjuguen diferentes niveles y tipos de intervención, entiéndase médico, legal, psicológico, social, etc. Otro elemento a considerar para elegir el tipo de intervención idóneo, es el momento en que la intervención es requerida, pero sobre todo las necesidades inmediatas.

²⁴ Tomado de Carta CONAMU; dirigida a la Casa de Acogida María Amor, en relación a la muerte de Mariana Vera. Febrero 1, 2007.

En base a estas consideraciones, algunos modelos, en un primer momento de contacto con la víctima, priorizan el acceso a la atención médica, ya sea que las lesiones sean visibles o no. Así, la víctima debe ser llevada al centro asistencial más cercano para que una valoración inicial sea realizada, para luego ser trasladada a un lugar seguro. Esta valoración médica puede tener mucha importancia en el momento de presentar una denuncia en contra del agresor, lo cual suele realizarse en un segundo momento, como una manera de preservar las pruebas de los actos de violencia.

La presentación de la denuncia, constituye un acto inicial en un proceso de restitución de los derechos de la mujer. Las autoridades competentes tendrán a su cargo el otorgar las medidas de protección que se consideren necesarias para salvaguardar el bienestar de la víctima. Además debe ser considerado el hecho, de que una denuncia no es la solución al problema ya que generalmente se ha visto que este hecho aumenta las posibilidades de que la violencia se presente nuevamente y en aumento de la intensidad. Es por esto que las autoridades son quienes deben garantizar la seguridad de la mujer y sus hijos/as. Los centros asistenciales o las personas que reciben estos casos deben tener presente que generalmente los niños/as acompañan todo este engorroso proceso. Por lo tanto es recomendable que un equipo especializado los atienda mientras la madre realiza los trámites respectivos.

Sin embargo, aunque estas actividades son sumamente importantes, en muchas ocasiones puede ser prioritario realizar una intervención en crisis, considerando el estado emocional de la víctima. Esta puede ser realizada por personal capacitado y en casos más severos y de mayores niveles de afectación, la intervención de un profesional de la salud mental será necesaria.

Se ha visto que la búsqueda de ayuda se da generalmente luego de un episodio grave de violencia. Sin embargo, mientras mayor sea la oferta y difusión de centros asistenciales, puede ocurrir que las mujeres consulten o busquen ayuda sin necesidad de haber experimentado un nuevo hecho de violencia. En este caso, la importancia del primer encuentro es primordial ya que puede influir significativamente en la continuación y posterior éxito del proceso.

Susana Velázquez, en su propuesta de intervención profesional,²⁵ coincide en lo primordial que se considera el primer encuentro, con el cual se da inicio a un proceso de entrevistas de consulta y orientación. Un eje guía de este primer encuentro suele ser el que el operador se pregunte: ¿qué es lo que esta persona espera o necesita?; ¿qué tipo de apoyo, contención o asesoramiento está buscando en este momento específico?

En este sistema se presta mucha atención a no repetir modelos asistenciales tradicionales de atención y recolección de datos. Se prioriza brindar a la persona un ambiente cálido que favorezca la elaboración de lo que ella piensa, siente, hace o requiere. Se espera con ello lograr una alianza de trabajo dándole además el marco de contención que necesita. Se considera indispensable una actitud empática en la persona quien recibe la demanda para que pueda realizarse una adecuada comprensión de la situación de la mujer.

Para una persona, hacer una consulta o pedir ayuda profesional, significa darle palabras a un hecho que hasta el momento seguramente ha estado guardado y oculto. Significa encontrar un código verbal que represente lo más cercanamente la magnitud del daño sufrido, las emociones experimentadas, el miedo, la vergüenza, la culpa, el dolor; y mientras todo esto se realiza en la mente de la víctima, hay alguien que mira, que escucha y que se espera, pueda ayudar.

La idea de “proceso” es planteada a la mujer como algo que tiene un principio, un desarrollo y un cierre, que se dará luego de haber alcanzado objetivos propuestos o luego de haber ofrecido la mayor cantidad de elementos que ayuden a enfrentar y resolver los efectos más inmediatos de la violencia. Una vez conseguidos compromisos a este nivel, se procederá a realizar las derivaciones a los profesionales con quienes se requiera una entrevista.

Según Velázquez, a través de esta modalidad se logrará, en la mayoría de los casos, que la mujer que fue violentada experimente alivio y una mayor comprensión de lo que le ocurre. Se logrará, en consecuencia que esté dispuesta a colaborar con la ayuda y apoyo que se le ofrece.

²⁵ VELÁZQUEZ Susana, *Violencias cotidianas, violencia de género*, Editorial Paidós, Buenos Aires, 2003.

Es importante mencionar, que si bien la protagonista de ese primer encuentro es la mujer que busca ayuda, algunas situaciones se presentan también en la persona del operador/a. Recibir a una mujer que ha sido víctima de violencia, implica para quien escucha, estar directamente en contacto con el sufrimiento vivido por esa persona y evidenciar el acto violento ahora traducido en palabras.

Sin embargo, menciona Velázquez, aunque se llegue a saber algo más de “qué se trata” cuando una persona dice “yo fui golpeada”, “yo fui violada”, estas vivencias no podrán ser nunca abarcadas totalmente por el profesional. En esto consiste el saber intransferible de una víctima de violencia.

Trabajar en el tema de violencia, implica no solamente un amplio conocimiento al respecto y su respectivo entrenamiento. Implica ante todo, un profundo cuestionamiento a aquellas normas conocidas, instauradas y hasta reconocidas por nosotros mismos en algún momento de nuestras vidas. Al respecto, Velázquez sostiene que estos *fenómenos residuales*²⁶, tienen el peligro de filtrarse e interferir con la escucha, el pensamiento y la intervención del operador. El tema de la violencia puede ser visto desde el mismo punto de siempre, es decir, desde prejuicios personales, mitos y creencias sociales, o puede ser interpretado desde pensamientos innovadores y cuestionadores como es la propuesta desde el género.

Es necesario entonces que el equipo de trabajo, evalúe constante y críticamente sus saberes y sus tareas, evitando así que esos saberes puedan rigidizarse y se conviertan luego en otras formas de victimización. Es conveniente utilizar los *conocimientos disciplinarios* como un conjunto de teorías y de prácticas capaces de dilucidar cada situación, apelando a una flexibilidad y a una creatividad que respondan, en cada caso, a la demanda específica.

Estos elementos, resultados de años de investigación han sido asumidos por la Casa María Amor, para actualmente contar con una metodología de trabajo que ya está siendo difundida a nuevas casas de acogida a nivel del país. A pesar de que esta metodología está también en constante prueba e innovación, constituye un avance significativo en la atención brindada a las usuarias del servicio.

²⁶ FREUD, Sigmund: “Análisis terminable e interminable” (1937), *Obras Completas*, Biblioteca Nueva, Madrid, 1968.

Cap 1 – La violencia intrafamiliar

Inicialmente la Casa pretendía brindar apoyo solo a nivel asistencial, es decir, solo buscaba ofrecer alojamiento y alimentación. Por esta razón, el proyecto no contempló en un inicio la necesidad de contar con un equipo interdisciplinario. Sin embargo, las variadas demandas que presentaban las usuarias, evidenciaron la característica multidimensional de la violencia, especialmente para las mujeres que han decidido salir de sus casas.

Al poder contar con un equipo interdisciplinario básico, se genera un nuevo momento en la metodología, caracterizado por la capacitación constante, la búsqueda de propuestas de intervención y la construcción de una propuesta propia de atención integral desde la perspectiva de género. Esta nueva propuesta tiene cuatro objetivos básicos que se buscan desde las diferentes modalidades de atención: Autoestima, Autonomía, Participación y Empoderamiento.

De la Autoestima:	Lograr que las mujeres descubran y estimen sus propias capacidades, a través de: La valoración de sí mismas El respeto y aceptación de sí mismas y de los demás La confianza y seguridad La pérdida de sus miedos El ejercicio de sus derechos
De la Autonomía:	Lograr que las mujeres adquieran grados de libertad que permita actuar de acuerdo con su elección y no con la de otros, con respecto a: Su propio cuerpo, a través de acceso a condiciones adecuadas de salud sexual y reproductiva que detenga la mortalidad materna, las tasas de fecundidad no deseadas. Su economía, a través de acceso a capacitación y posibilidades laborales que, por una parte consigan romper con la dependencia económica de la persona que ejerce violencia contra ella y/o sus hijos/as; y por otra, posibilite las mujeres luchar contra la pobreza. Su ejercicio ciudadano, a través de acceso a conocimientos sobre sus derechos.
De la Participación:	Lograr que las mujeres vivencien desde la vida cotidiana la construcción democrática a través de la participación en la toma de decisiones: A nivel individual, grupal y colectivo En los procesos de superación de conflictos personales y

	grupales. En la realidad institucional en la que vive.
Del Empoderamiento	Lograr que las mujeres se sientan capaces de tomar decisiones con respecto a: Su propia vida Al contexto inmediato (hijos/as, grupo de compañeros/as con los que convive, etc.) Al contexto comunitario y social

En este proceso, un instrumento considerado de suma importancia, es el concepto de “Acompañamiento”. Entendemos el Acompañamiento como un instrumento de la metodología de intervención en el abordaje de la Violencia de Género en la Familia, que, desde la calidez, implica múltiples funciones como escucha activa, observación participante, estrategias de contención y de seguridad. Este instrumento permite compartir con las personas en condiciones de igualdad en todos los espacios informales de la vida cotidiana de la Casa María Amor.²⁷

Este acompañamiento se basa en una actitud solidaria que permite a la mujer sentir que ya no está sola, y en consecuencia implica en las personas del equipo una atención constante a las distintas situaciones que viven las mujeres en el día a día.

El proceso de atención inicia con el primer contacto con la mujer y desde ese instante se ponen en acción una serie de actividades pensadas y organizadas bajo criterios de prioridad.

Posterior a ese primer encuentro, se realizan las derivaciones a las/los profesionales que se considere necesario de acuerdo a las necesidades de la persona.

²⁷ Equipo de la Casa de Acogida “María Amor”. Metodología de Trabajo de Casa María Amor, 2006-2007

Son muy pocas las mujeres que manifiestan no necesitar una intervención psicoterapéutica. Las mujeres que han vivido situaciones de violencia generalmente reconocen el debilitamiento o afección que han sufrido en este sentido. Esto coincide con frases comúnmente mencionadas en consulta: *“Es malo sufrir violencia física, pero la violencia psicológica, es peor”*, *“Yo prefiero que me patee, pero no que me amenace”*, *“Algunas veces, yo solo quería que se calle, que ya me pegara rápido, pero que dejara de gritar.”*²⁸

1.8 La intervención psicoterapéutica: el proceso de Empoderamiento

*“La violencia, sobre todo la que se manifiesta en forma crónica, arrasa con la identidad y la subjetividad y suele excluir a la mujer del terreno de la palabra y de la significación, que promoverá más silencio”*²⁹

El proceso psicoterapéutico es considerado como uno de los pilares de la recuperación de una víctima de violencia, y uno de los elementos indispensables del abordaje integral. Este es concebido como el espacio para romper el silencio y destruir el mito de que *“callando se olvida”*, un espacio para comunicar aquello que por mucho tiempo ha permanecido guardado en el psiquismo de la mujer con todo su potencial patógeno y destructivo. Un lugar para resignificar aquella experiencia traumática que quizá hasta el momento ha permanecido bajo una inexplicable pregunta... ¿Por qué?

Generalmente, el relato de la mujer suele comenzar con el último episodio de violencia, o ese algo significativo que motivó la búsqueda de ayuda; para luego comentar de manera muy poco organizada un cúmulo de experiencias, vivencias y situaciones relacionadas con la relación traumática. Esta desestructuración está directamente relacionada con las rupturas en la continuidad del sí mismo, consecuencia de la violencia. Se busca entonces que poco a poco, en el transcurso del proceso vaya generándose una capacidad creciente para reconocer y asumir la realidad.

²⁸ Testimonios de mujeres acogidas en Casa “María Amor”

²⁹ VELÁZQUEZ Susana, *Violencias cotidianas, violencia de género*, Editorial Paidós, Buenos Aires, 2003.

Aunque el objetivo principal del abordaje es conseguir que la mujer alcance un nivel de transición desde la posición de víctima a la de sobreviviente, en un primer momento, este “reconocer” puede implicar incluso la necesidad de que la mujer pueda reconocerse a sí misma como una víctima y que pueda identificar al trauma como violencia. Para esto, un trabajo sobre las llamadas funciones del YO suele ser importante, reforzando en la mujer la capacidad de percibir, atender, recordar, conectar, asociar, discriminar y diferenciar.

A lo largo del proceso se busca que la paciente consiga resignificar la experiencia traumática, generando conciencia de su imagen pasada, estado actual y sobre todo las posibilidades de cambio con las que cuenta a nivel psicológico.

Un aspecto en que coinciden varios autores es el hecho de que para abordar la complicada problemática es necesario hacer uso de una amplia gama de estrategias terapéuticas, instrumentos de trabajo que bien pueden provenir de diferentes marcos teórico-técnicos. Así se pueden incluir en las intervenciones diferentes técnicas como las verbales: preguntar, informar, esclarecer, señalar, sintetizar con el fin de guiar y organizar la comunicación terapéutica. Todas estas estrategias, especialmente las preguntas, deben cuidarse de ser intrusivas o transgresoras. Deben ser aplicadas siempre en consideración de los tiempos de cada paciente. Por ejemplo: ¿Desea usted contarme lo que ocurrió...?

Aparte de esclarecer la información para el terapeuta, la pregunta resuena también en la paciente, haciendo que ella abandone progresivamente un rol pasivo para poco a poco ser protagonista de su historia a través del discurso. El “escucharse decir” contribuirá a la resignificación de la experiencia.

Respecto de los señalamientos, son necesarios en varios momentos del proceso ya que brindarán otras formas de conexión con la experiencia violenta. Por ejemplo, señalamientos relacionados con su nivel de defensa ante el hecho violento.

La síntesis es también un elemento importante tanto al inicio como al final de las sesiones, ya sea de la historia de violencia como de los logros que se hayan podido conseguir hasta el momento.

Muchas estrategias más pueden ser utilizadas y no existe un límite para mencionar los alcances del quehacer terapéutico. La característica más importante será siempre la creatividad acompañada de una actitud empática como requisito indispensable que contemple en todo momento favorecer la relación terapéutica, cumpliendo un papel de sostén y ayuda cada vez que se considere necesario.

CONCLUSIÓN

Cada vez se hace más evidente la necesidad de que este tema sea entendido como un fenómeno social que involucra a hombres, mujeres y niños, que desde tempranas edades padecen y acumulan complejos, baja autoestima, temores, odios, iras, resentimientos inimaginables como la represión e impotencia, acarreando consigo la ausencia de mecanismos para expresar, participar y decidir satisfactoriamente en la solución de estos graves trastornos sociales. En otros casos extremos, la violencia familiar llega inclusive a terminar con la vida de las personas violentadas, dejando graves consecuencias psicológicas, sociales, físicas, económicas y educativas en el entorno familiar.

CAPITULO II

LA TERAPIA GRUPAL

Introducción

El ser humano, es un ser social.

Indiscutible es el precepto de que, en el ser humano, las relaciones con otros individuos de su especie son indispensables para su existencia y sobre todo para su desarrollo. Su supervivencia, desde el nacimiento depende de la existencia de otro significativo que brinde cuidado, protección, abrigo alimentación, etc. Así, las relaciones sociales se convierten en una más de las necesidades básicas de los seres humanos quienes por naturaleza tienden a asociarse con sus semejantes formando grupos con miembros, características, elementos y funciones específicas de acuerdo con cada tipo particular de agrupación de la cual se trate.

La convivencia con otros permite la expansión y el desarrollo de capacidades pero sobre todo, la preservación de la especie.

A su vez, las relaciones interpersonales influyen de manera profunda en los diversos ámbitos de desempeño de una persona. Las más variadas áreas se ven influenciadas por la interrelación social. Esta influencia se presenta sobre la conducta de los seres humanos, sus pensamientos, emociones, procesos de aprendizaje, valores, etc.

También diversos pueden ser los resultados de la interacción social, gran parte de ellos como hemos mencionado favorecen a la supervivencia. Otros en cambio pueden representar amenazas y peligros.

Sin embargo, amplio es el margen en que el ser humano se beneficia de la relación interpersonal. Así, uno de los beneficios significativos que puede ofrecer la interacción social, es el elemento terapéutico que la relación con otros similares genera para una persona que sufre.

Es desde este precepto que actualmente, la psicoterapia en modalidades grupales ha recibido una especial atención, debido a los múltiples beneficios que ofrece. Desde

grupos de personas con enfermedades médicas como la tuberculosis, hasta los grupos terapéuticos como los conocemos en la actualidad, el mundo de la psicoterapia se ha ido especializando cada vez más, las estrategias para hacer de los grupos terapéuticos una alternativa de tratamiento en el campo de la salud mental. En la actualidad, la psicoterapia de grupo constituye una importante alternativa, ya que ha demostrado ser tan eficaz como la aproximación individual, pero de mayor alcance social y menor costo económico, por lo cual su empleo es cada vez más frecuente. Algunas de sus técnicas han resistido la prueba del paso del tiempo y otras siguen evolucionando activamente, tanto desde el punto de vista teórico como práctico. Hasta ahora no puede decirse la última palabra acerca de cuáles son las mejores técnicas. No obstante, es amplio el conjunto de técnicas terapéuticas que dominan en la práctica grupal contemporánea y de las teorías e hipótesis en que se fundamentan.

A continuación se intentará dar una visión del nivel de desarrollo en el que actualmente se encuentra la terapia grupal, de una manera dinámica, estructurada y sistemática.

2.1 Definición de terapia grupal

La psicoterapia es un proceso de comunicación entre un psicoterapeuta (es decir, una persona entrenada para evaluar y generar cambios) y una persona que acude a consultarlo («paciente» o «cliente») que se da con el propósito de alcanzar una mejora en la calidad de vida en este último, a través de un cambio en su conducta, actitudes, pensamientos o afectos.

El término psicoterapia no presupone una orientación o enfoque científico definido, siendo considerado denominativo de un amplio dominio científico-profesional especializado, que se especifica en diversas orientaciones teórico-prácticas.

Dentro de la psicoterapia existe una gran diversidad de corrientes, enfoques y conceptos teóricos aplicados al ámbito psicoterapéutico, que dan origen a otras tantas maneras de establecer este contexto de comunicación. Sin embargo, dos características que unifican a la psicoterapia son:

1. El contacto directo y personal entre el psicoterapeuta y quien le consulta, principalmente a través del diálogo.

2. La calidad de «relación terapéutica» del contexto de comunicación, esto es, una relación de ayuda destinada a generar un cambio en quien consulta.

Debido a la naturaleza de las comunicaciones que se establecen dentro de esta relación, hay temas significativos de privacidad o confidencialidad de la información intercambiada, que remite a consideraciones éticas para el ejercicio de la psicoterapia (código deontológico). Por esto, la habilitación de quienes pueden ejercer la psicoterapia requiere de un proceso de entrenamiento guiado por terapeutas que cuentan con mayor tiempo de experiencia o estudios dentro del campo respectivo.

Dentro de esta amplitud de orientaciones teórico-prácticas, surge el abordaje grupal como una alternativa de tratamiento.

Siendo diversos los objetivos con que grupos terapéuticos han sido aplicados, son también variadas las definiciones que se encuentran en la bibliografía referente al tema. La definición empleada, generalmente está también asociada con el tipo de grupo del que se trata y del objetivo del mismo. Puede incluirse características, objetivos y detalles del dispositivo del que se trata.

Generalmente la Terapia Grupal es definida como una forma de psicoterapia durante la cual uno o varios terapeutas tratan a un pequeño grupo de pacientes en grupo. Esto puede ser más eficiente (relativo al costo) que la terapia individual y, posiblemente, aún más productiva.

En este contexto, personas diversas confluyen dentro de un espacio físico y psicológico, unidos por un elemento en común, la noción de sufrimiento, (cualquiera que sea el motivo) bajo la dirección o guía de un terapeuta de quien se supone tiene el conocimiento y las capacidades adecuadas para generar la consecución de un objetivo también común para los participantes, alivio y recuperación.

Fernández Álvarez define a la terapia grupal como “un dispositivo que emplea la interacción como recurso primordial para promover cambios que puedan brindar beneficios recíprocos a sus participantes”.³⁰

³⁰ Fernández Álvarez, Hector. “*Seminario Terapia Grupa*” l Héctor, Ecuador, 2005

Según el autor, la Terapia de Grupo comparte los principios generales de la psicoterapia

- colaboración entre pacientes y terapeutas
- empleo de recursos psicológicos
- objetivos ajustables a cada situación clínica

Este dispositivo puede ser aplicado a una gran diversidad de condiciones como perturbaciones emocionales (depresión, ansiedad social), enfermedades físicas (cáncer, cardiopatías), adicción a sustancias (toxicoddependencia, alcoholismo), trastornos severos (psicosis, trastornos de personalidad), entre muchos otros. Los objetivos son ajustables a cada situación. Así es el grupo quien diseña el formato del dispositivo de acuerdo al tipo de demanda, por lo tanto puede ser aplicado a situaciones muy diversas, desde depresión hasta psicosis.

Según la concepción del grupo de Robert Bale como un sistema social en miniatura, un grupo consiste en un sistema de interacciones, cuyas partes son interdependientes y actúan para adaptarse a la realidad de la situación inmediata, lograr las metas del grupo, conservar al grupo intacto y gratificar a cada uno de sus componentes.³¹

En la terapia grupal las interacciones entre los miembros del grupo y los terapeutas se convierten en el material con el cual las terapias son conducidas, junto con las vivencias pasadas y las experiencias fuera del grupo terapéutico. Estas interacciones no son necesariamente positivas, pues los problemas que el paciente experimenta en la vida diaria también saldrán a la luz durante sus interacciones con el grupo, permitiéndoles ser tratadas en el ambiente terapéutico, generando experiencias que pueden ser traducidas a la "vida real".

El grupo es como una representación en miniatura del mundo real. Las dificultades, problemas y decepciones que llevaron a la persona a la consulta se reactivan dentro del grupo. Además, a causa de los puntos ciegos de los pacientes en cuanto a sus comportamientos (sobre todo los desadaptativos) las dificultades interpersonales, se hacen mucho más evidentes y claras en las conductas “aquí y ahora” grupales que en la descripción que ellos puedan hacer de sí mismos.

³¹ KAPLAN Harold. SADOCK Benjamin. Terapia de Grupo. Editorial Médica Panamericana, S.A. Madrid. 1996. Pág. 24

En la medida en que se puede asumir que cada miembro actuará con los otros de manera bastante similar a como actúa afuera, el grupo resulta el marco ideal para descubrir y practicar nuevas formas de abordar las relaciones sociales.

William McDougall (1920), aludía a la necesidad de cierto grado de continuidad en la existencia del grupo, una idea de grupo en la mente de sus miembros, la conveniencia de límites y estructuras que hiciesen posible la diferenciación y especialización de funciones y la importancia de desarrollar costumbres y hábitos, de forma que pudieran definirse y fijarse las relaciones entre los miembros.³²

Cambiar de contexto, facilita el surgimiento de nuevas soluciones a antiguos problemas. Muchas veces nos encontramos tan inmersos en los conflictos que no podemos hallar la mejor manera de salir de ellos, tenemos la sensación de haberlo intentado todo, cuando en realidad hemos hecho más de lo mismo.

"La terapia de grupo proporciona una oportunidad para que un grupo de personas desarrolle un ambiente interactivo, íntimo y social sin tener que comprometerse a lazos emocionales fuera del grupo," explica Steve Sutanoff, PhD, terapeuta residente en Irvine, California. Un grupo le deja a un individuo volver a vivir en un pequeño microcosmos sus propias experiencias de todos los días en la sociedad. El grupo aporta una muestra de la realidad, y lo que un individuo vive en una situación de grupo no es ni más ni menos diferente de lo que vive afuera, aún cuando el grupo por ejemplo, por pura razón práctica de toma de consciencia, amplifica la expresión de los sentimientos, de los conflictos o de las emociones.

El apoyo que aportan los miembros del grupo, o bien simplemente la riqueza de los feed-backs que en él se producen, hace que la persona pueda tomar consciencia de cómo los demás la perciben, impulsándola a su vez a aclarar una cierta cantidad de dificultades relacionales.

En un grupo, como particularmente en todos aquellos grupos basados en el cambio, se pueden poner en práctica actitudes en un ambiente protegido con una atmósfera de ayuda. Por otra parte, el grupo es el medio propicio para que se produzca una

³² KAPLAN Harold. SADOCK Benjamin. Terapia de Grupo. Editorial Médica Panamericana, S.A. Madrid. 1996. Pág. 25

identificación proyectiva que tanto se requiere en un proceso de evolución y cambio. Sus integrantes desempeñan un papel sin igual; un consejero no podrá desempeñar este papel en tal tipo de ámbito donde se produce una relación interindividual.

2.2 Breve historia de la terapia de grupo

Expertos sostienen que, el efecto de la interacción social, sobre todo a nivel de modificación de la conducta, ha sido reconocido casi desde inicios de la humanidad. Seguramente no se pensaba en el efecto terapéutico de los grupos como los conocemos actualmente, pero su poder “corrector” ha sido desde hace mucho tiempo exhortado.

A Joseph Hersey Pratt en 1905 se le asigna la paternidad de la psicoterapia de grupo. Pratt era un médico que atendía a pacientes que sufrían de tuberculosis y que no podían permitirse seguir un tratamiento en un hospital. Para ganar tiempo tuvo la gran idea de juntarlos en grupos de 20 personas para proporcionarles una serie de informaciones con respecto a la higiene, la alimentación, el descanso y el medio ambiente.

El grupo, en un principio, se había formado sólo por razones económicas, pero luego Pratt se fue dando cuenta de que el hecho de estar en grupo les hacía bien a los pacientes lo que provocó entre ellos una influencia terapéutica. El éxito obtenido provocó que la iniciativa fuera luego dirigida a pacientes diabéticos y neuróticos. Poco después, Edward Lazell (1921) repetía la experiencia con enfermos esquizofrénicos internados, mediante discusiones con orientación psicoanalítica.

Se fue olvidando un poco la iniciativa de Pratt cuando empezaron a surgir las ideas de Freud. Aunque a Freud nunca le hubiera interesado la idea del mini grupo sino más bien la psicología de la gente en general, unas cuantas personas al mismo tiempo, sacaron de la teoría del psicoanálisis varios conceptos para dirigir actividades de grupo. Surgen desde aquí los intentos para desarrollar el Análisis Grupal, hecho que generalmente es reconocido como el inicio de las intervenciones grupales. Así es como Alfred Adler empezó a desarrollar los métodos de psicoterapia de grupo en mini grupos.

Los términos "Terapia de grupo" (1931) ó "Psicoterapia de grupo" (1932) fueron introducidos por J.L. Moreno, quien junto a otros como Louis Wender, Paul Schilder, Samuel R. Slavson, Fritz Redl y Alexander Wolf, fueron los primeros en utilizar pequeños dispositivos grupales para el tratamiento de problemas de personalidad. Moreno utilizaba preferentemente métodos de acción dramática, aunque estos solo tuvieron éxito en Estados Unidos hasta mediados de los años 30.

A mediados de los 40, apareció la idea de Kurt Lewin, psicólogo agregado del Instituto de Tecnología Massachussets (M.I.T.) que sostenía que la formación a las relaciones humanas era indispensable y que tal modo de educación había estado siendo completamente obviado por las sociedades modernas.

Poco después de su muerte, en 1947, tuvo lugar en Bethel (Maine, E.U) el primer T-group (T de Training, Formación). El rápido desarrollo de estos grupos dio lugar a la creación de una organización, el National Training Laboratory (N.T.L.). Surgieron seminarios a los cuales acudieron en un principio, por razones económicas, sólo jefes y directores del ámbito industrial. En esos grupos se trataba de que el participante aprovechara ampliamente la experiencia de estar en grupo para poder luego analizar, discutir y percibir la naturaleza de sus propias interacciones con los demás. Se basaban en la hipótesis de que al estar todos esos directores involucrados en todo tipo de interacción que surge inevitablemente en un grupo, estarían a posteriori aptos a comprender mucho mejor sus propias actitudes en grupo, pudiendo resolver de una manera más competente los problemas interpersonales de relación que encontrasen en sus respectivos trabajos. Se trataba en estos T-groupes de capacitar a los directores al trabajo de " las relaciones humanas ".

La Segunda Guerra Mundial, representó como ningún otro el elemento determinante para que la Terapia de Grupo fuera reconocida como método terapéutico. La guerra había dejado miles de personas que presentaban algún tipo de desorden psicológico o psiquiátrico. Casi ingenuamente, se recurrió a las intervenciones grupales especialmente por la alta demanda y la escasa "mano de obrar" disponible para darles tratamiento. En aquel mismo momento, en la Universidad de Chicago (1946), Rogers y sus colegas trataban un pedido de la Asociación de Antiguos Combatientes. Estos se habían dirigido al Centro de Counseling de la Universidad y solicitaban la construcción y la realización de un programa intensivo de formación

corta para consejeros que estaban encargados de realizar la integración social de GIs. Rogers y sus colegas organizaron entonces un experimento intensivo de grupo. La diferencia con respecto a Bethel, dado que aquellos grupos se dirigían a futuros practicantes de la relación de ayuda, fue que el grupo de Chicago se basó en la evolución personal de los participantes, por lo tanto tomó un rumbo más bien dirigido hacia una forma de terapia centrada en el cliente en vez de ser una formación para adquirir aptitudes relativas a las " relaciones humanas".

Al poco tiempo, las intervenciones grupales se realizaban en lo más diversos settings, hospitales generales, psiquiátricos, ambulatorios, centros de rehabilitación social, centros de rehabilitación para alcohólicos, etc. Los mismos se convirtieron en semilleros para la formación de futuros terapeutas grupales.

En Gran Bretaña, Bion va a iniciar una serie de investigaciones psicoanalíticas en mini grupos (1948-1950) de las que nacerán los métodos y las técnicas que todavía se están usando y desarrollando hoy en día en el Tavistock Institute y la Tavistock Clinic.

La rápida aceptación y el acelerado crecimiento en un período relativamente corto de tiempo hacían de la terapia grupal una novedad cargada de complejidad a la hora de definirla teóricamente. Esto puede haber sido beneficioso en el sentido de que permitió que se desarrollaran las más diversas orientaciones, desde aquellas que intentaban mantener líneas psicoanalíticas, como la propuesta de Slavson, presentada en el Tratado sobre Terapia Analítica de Grupo (1962), hasta otras propuestas mucho más prudentes en consideración de la potencialidad que esta pudiera tener.

Slavson sería quien posteriormente, en 1974 fundaría la International Association of Group Psychotherapy. Muchos de estos elementos provocarían una profunda rivalidad entre Moreno y Slavson respecto de la primicia en el uso del término "Terapia grupal"

Si embargo, al margen de los planteamientos teóricos, es indiscutible la existencia de elementos comunes a todos los grupos. Más allá de la orientación que se tenga, en el campo grupal resulta por ejemplo necio rechazar los preceptos de Irvin Yalom (1975), discípulo de H.S. Sullivan:

Cap 2 – La terapia grupal

1. Incitar esperanza
2. Universalidad
3. Proporcionar información
4. Altruismo
5. Recapitulación correctora sobre el grupo familiar de origen
6. Desarrollo de técnicas socializadoras
7. Conducta imitativa
8. Aprendizaje individual
9. Cohesividad de grupo
10. Catarsis, y
11. Factores existenciales.

Seguramente, lo que encontraríamos de diferente entre las diversas orientaciones sería la importancia que cada una da a los anteriores elementos.

Aunque muchos autores reconocen estos antecedentes como precursores de la Terapia Grupal, Fernández Álvarez considera que el resultado de estos intentos difiere significativamente de lo que actualmente conocemos como Grupos Terapéuticos. Según el autor, la Psicología y Psicoterapia de Grupos moderna proviene de tres ramas de estudio fundamentalmente: La Psicología Social Aplicada, la Psicología Cognitiva y la Teoría General de los Sistemas. Son estas tres concepciones las que han fundamentado teóricamente el abordaje de los grupos terapéuticos, brindando el formato, la estructura y las explicaciones sobre este tipo de intervención. La diferencia entre ambas concepciones sería que los antecedentes antes mencionados habrían surgido de la aplicación de técnicas individuales a diferentes personas agrupadas, mientras que esta visión moderna se habría diseñado específicamente para comprender y estudiar los fenómenos de las interacciones sociales y el efecto terapéutico de las mismas.

La terapia grupal ha venido durante los últimos años viviendo un largo proceso de diferenciación, pluralismo y especialización, que la han llevado en muchos casos a ser la alternativa terapéutica por excelencia.

2.3 Objetivo de la terapia grupal

La terapia grupal es adecuada para ayudar a distintas personas. Desde aquellas que están interesadas en desarrollar habilidades sociales hasta personas con otro tipo de problemas, como por ejemplo, ansiedad o depresión. Sin embargo, la terapia de grupo es especialmente efectiva para personas con dificultades para relacionarse con los demás (en distintos ámbitos: en el colegio, en el trabajo, con la pareja, etc.). Las personas que están lidiando con problemas interpersonales a menudo son buenos candidatos para la terapia de grupo. Los tipos de grupos, sus objetivos, sus técnicas e indicaciones son múltiples: grupos de sensibilización (para conectarse con las emociones) grupos terapéuticos (para mejorar situaciones), grupos de autoayuda (alcohólicos anónimos) etc.

En cualquiera de sus modalidades, existen objetivos que generalmente orientan a los dispositivos de terapia de grupo, entre los que podemos mencionar:

- Promover alivio sintomático
- Fomentar la salud mental de sus participantes
- Generar cambios en las relaciones interpersonales, facilitando la expresión verbal; enseñar a relacionarse con los demás;
- Potenciar las características personales favorables.
- Facilitar la comprensión de los demás y de las propias dificultades.

Estos objetivos se intentan conseguir mediante la aplicación de diferentes técnicas psicoterapéuticas que, al ser aplicadas sobre el grupo, pueden tener un efecto multiplicado, generando mejores resultados en tiempos más cortos.

Actualmente se ha visto que, la diversidad de modalidades de terapias de grupo, son aplicadas desde diferentes orientaciones psicológicas. Aplicaciones técnicas de tipo ecléctico son cada vez más difundidas, pudiendo incluir elementos dinámicos y con cierto grado ortodoxo, hasta otras aplicaciones que exigen métodos más alternativos como psicodrama u otras técnicas parecidas. La terapia grupal no está basada en una sola teoría psicoterapéutica, sino que toma de varias lo que funciona bien. En todo caso, el aspecto que caracteriza a los dispositivos grupales actuales, es la creatividad. Es tan importante que incluso se considera una característica esencial de quien pretenda ser terapeuta grupal.

2.4 Ventajas y beneficios

Aunque existen muchos beneficios en la terapia de grupo, esta difiere significativamente de la terapia individual. Por ejemplo, la terapia de grupo a menudo es por tiempo limitado, mientras que el tratamiento individual puede tener un carácter más indefinido. Los miembros del grupo generalmente reciben menos atención personalizada en las sesiones de grupo, al contrario de la terapia individual en la cual la atención del terapeuta se centra completamente en un paciente.

Así, el apoyo encontrado en los demás componentes del grupo y en el terapeuta, se convierten en el beneficio primordial de esta alternativa de tratamiento.

Entre algunos beneficios de la terapia grupal podemos mencionar que explora situaciones en un contexto social que refleja mejor la vida real, proveyendo una oportunidad para observar y reflexionar en las técnicas sociales propias y de los demás, para beneficiarse a través de la participación activa así como de la observación cuidadosa; una oportunidad para dar y recibir retroalimentación inmediata sobre preocupaciones, situaciones y problemas que afectan la vida de cada uno. Los miembros de la terapia grupal se benefician al tratar sus problemas personales en un ambiente de apoyo y confidencialidad; y, ayudar a los demás a tratar los suyos.

La terapia se convierte en la estrategia adecuada para descubrir formas nuevas de relacionarse con los demás. Se consiguen habitualmente aumentos en el sentido de autoeficacia y autoestima haciendo que los integrantes puedan sentirse útiles al ayudar a otros con sufrimientos similares. Proporciona a los participantes una sensación de apoyo y sentimiento de pertenencia a un grupo que activa procesos de identificación con los demás miembros del grupo. Da al paciente un lugar, un espacio y un tiempo compartido que lo acompaña aún cuando no se encuentre en él. El grupo potencia y favorece los procesos de cambio. Se descubren los obstáculos autoimpuestos elaborando miedos y dudas.

Permite disminuir la sensación de aislamiento y soledad tan frecuente en algunas personas, dándoles la oportunidad de descubrir que no son los únicos que viven ese

sufrimiento lo cual los hace sentir más seguros. Permite escuchar y convivir con los demás integrantes.

Permite descubrir nuevas formas de afrontar la vida y los problemas cotidianos con el aporte de los demás miembros y la guía del terapeuta. Permite mejorar la autoconciencia y promueve el crecimiento y desarrollo personal. El dispositivo grupal provee la oportunidad de observar las respuestas psicológicas, emocionales y conductuales y la interacción entre las personas del grupo, generando una amplitud del repertorio conductual. Nos invita a reflexionar acerca de conductas estereotipadas instaladas en nuestra personalidad y nos desafía al cambio.

Hablar y exponer el propio sufrimiento, posibilita ponerle palabras a situaciones vividas desmistificándolas, quitándoles la connotación de trágicas. El grupo permite la confrontación y nos ayuda a poner límites aprendiendo estrategias para enfrentar distintas situaciones. Al escuchar y compartir diferentes ópticas nos amplía nuestras opciones de solución haciéndonos más flexibles. En la terapia grupal revisamos nuestras creencias y como ellas han limitado nuestras vidas.

El grupo apunta a solucionar los conflictos vitales de cada integrante configurando en el grupo su sistema familiar, revelando así los enredos familiares inconscientes y eliminando los desórdenes e implicancias en el mismo.

A través de un proceso de confrontación de apoyo, los miembros del grupo son preparados de maneras alternativas para controlarse ellos mismos y a sus sentimientos. Formular metas, aumentar el nivel de entendimiento de la forma en que otros lo perciben, descubrir patrones efectivos de relacionarse con otros, desarrollar relaciones más satisfactorias, recibir apoyo al compartir problemas comunes, aprender cómo aplicar nuevas conductas en situaciones fuera del grupo, son algunos de los múltiples beneficios que se pueden obtener de una terapia grupal.

En un formato de terapia grupal, se mantiene uno de los principios básicos de la psicoterapia respecto de la colaboración entre paciente y terapeuta para trabajar juntos. Sin embargo, en el dispositivo se obtiene la ventaja de la reducción de la relación de dependencia paciente - terapeuta, pues la idea de conformar un equipo, reduce la asimetría entre terapeuta y paciente.

Otro beneficio indiscutible, hace referencia al costo económico, el cual es generalmente menor que la terapia individual haciéndolo más accesible para el o la paciente.

Respecto de los beneficios de la TG Fernández Álvarez sugiere que entre los valores agregados que esta modalidad ofrece, se encuentra la conformación de redes lo cual aumenta la percepción de sostén social en los pacientes y como ya habíamos mencionado, atenúa el peso del terapeuta y la posterior dependencia al mismo.

En la dinámica se produce además una actualización de la experiencia disfuncional ya que resalta los aspectos de las relaciones interpersonales y facilita la diversificación de la experiencia. Se crea además un espacio propicio para ensayar cambios a este nivel.

Los dispositivos grupales brindan también una mayor consistencia y efectividad del tratamiento. Existe una elevada transferencia a la vida cotidiana por poseer una amplia permeabilidad. Se encuentra una mayor estabilidad y perdurabilidad de los cambios realizados.

"Lo que obtuve de la terapia grupal: Fui tratado con respeto, fui escuchado más no juzgado. Fui capaz de decir en "público" cuales eran mis síntomas y como me sentí. Me encontré con otras personas que padecían lo mismo que yo, lo que alivió mi sensación de aislamiento. Aprendí de otros miembros del grupo lo que funcionó para ellos y copié las técnicas que funcionaron para mí. Obtuve apoyo de los demás cuando quería morir. Obtuve halagos cuando hacía algo bien o decía algo que les agradaba. Tuve la oportunidad de dar y recibir retroalimentación. Pude oírme a mí mismo hablando en voz alta mientras procesaba verbalmente con mis problemas, y por consecuencia aclarándolos en mi mente."³³

2.5 Características del dispositivo terapéutico, las dimensiones dinámicas y constitutivas de los grupos

³³ Testimonio de un paciente participante de un dispositivo grupal.

“La dinámica de grupos se ocupa de las interacciones en el seno del grupo, con su conductor y entre sus integrantes; y de la relación de tales interacciones con la meta del grupo, su estructura y desarrollo”³⁴

El trabajo terapéutico en modalidades grupales requiere la comprensión de una serie de complejidades inmersas en el funcionamiento mismo del dispositivo.

Percibir las reacciones, emociones, y muchos más detalles del paciente, es tarea relativamente sencilla para un terapeuta capacitado, en un espacio de terapia individual. Sin embargo, en el contexto de la terapia grupal, todo este tipo de elementos se ven multiplicados por el número de participantes. Un amplio conjunto de elementos transferenciales y contratransferenciales se hacen presentes desde y hacia la figura del terapeuta, pero además, entre los mismos participantes.

Cada paciente espera beneficiarse de lo que el grupo le pueda ofrecer para solucionar su problema, sin embargo, su aporte es significativamente importante para el desarrollo del grupo en general. Es por esto que, uno de los principios fundamentales que debe reinar en la dinámica de los grupos es la reciprocidad. La clave para que esto sea posible es la relación interpersonal. Al respecto Fernández Álvarez sugiere que *“en los grupos terapéuticos la relación no es un recurso más, sino que es el recurso, por excelencia.”*³⁵

Las intervenciones terapéuticas se aplican sobre la interacción de los participantes, pero el destinatario final es la persona. En este tipo de “sutilezas” radica la complejidad del manejo de grupos.

Munich sugiere que en la comprensión de los fenómenos grupales son necesarias por lo menos otras tres disciplinas: la psicología individual, la psicología social y la sociología. En el espacio de la TG se juntan las características individuales de varias personas, sus expectativas, sus problemas, sus trastornos; estos a su vez provocan una determinada reacción sobre los demás participantes, mediante los tipos de interacción que pudieran establecerse. A su vez, estímulos externos al grupo son frecuentemente traídos al mismo. Es la figura del terapeuta quien tiene a su cargo el

³⁴ KAPLAN Harold. SADOCK Benjamin. Terapia de Grupo. Editorial Médica Panamericana, S.A. Madrid. 1996. Pág. 25

³⁵ Terapia Grupal, Fernández Alvarez, Héctor, Ecuador, 2005

trabajo de distinguir y regular los límites externos del grupo terapéutico. El terapeuta debe ser consciente de las interacciones entre lo intrapsíquico, lo sociopsicológico y la sociología grupal.

Entre los elementos dinámicos presentes en las relaciones grupales, especialmente aquellas con un objetivo terapéutico. Wilfred Bion (1961) describe tres procesos distintos que están presentes en la dinámica de los grupos:

- Dependencia.- los participantes actúan como si el terapeuta o Líder del grupo fuera a proporcionar protección y seguridad. . La figura del líder es vista como todopoderosa u omnipotente, es idealizada a nivel casi religioso. Consecuencia de ello el nivel de movilidad de los participantes es escaso al igual que su nivel de pensamiento y responsabilidad sobre sus propios procesos. Al darse cuenta de que el líder no puede satisfacer esas expectativas, surge sentimientos de decepción que según Bion pueden incluso degenerar en síntomas. Las emociones predominantes en este tipo de proceso son la culpa por la avidez, rabia, envidia, rivalidad, resentimiento y sentimiento de incapacidad.

- Ataque y Fuga (fight – flight).- el modelo primario es la acción. La meta del grupo es la conservación del mismo a toda costa. Se espera que el líder movilice al grupo hacia la lucha o hacia la huida, en consideración de que aún es visto como el más apto y hábil de todo el grupo. Las emociones predominantes son la rabia, el sacrificio y el martirio.

- Emparejamiento.- la meta del grupo es reproducirse a sí mismo. La figura del líder pierde protagonismo y el grupo se centra en el futuro. Las emociones predominantes en este tipo de proceso son la esperanza y optimismo a cerca del futuro. Suele ser el tipo de proceso más adecuado para efectos terapéuticos.

Según Fernández Álvarez, para que un GT funciones adecuadamente, son necesarias

Dimensiones Dinámicas funcionando adecuadamente. Entre estas dimensiones dinámicas encontramos:

- Cohesión,
- Movilidad; y
- Clima Grupal.

Cohesión Grupal.- Expresa el reconocimiento recíproco de los miembros y del grupo como totalidad organizada. Los participantes se reconocen como una unidad. Favorece el desarrollo de sentimientos de confianza, autoestima y comunicación. Promueve el sentido de integración vs. aislamiento. Generalmente los pacientes han venido experimentando la sensación de “estar solos con una alta tendencia a la depresión, lo que puede contrarrestarse con el “sentirse parte de”. Esta dimensión colabora positivamente en el desarrollo de confianza, la generación de la autoestima y facilita la comunicación.

Depende fuertemente de la homogeneización de las variables y de la convergencia en la persecución de los objetivos. El nivel óptimo fluctúa entre márgenes variables para cada grupo. Esta variable debe manejarse con extremo cuidado ya que al ser muy baja puede degenerar en la ruptura del grupo, mientras que al ser demasiado elevada puede generar dependencia y poca movilidad. El objetivo principal de esta dimensión es el *Reconocimiento Recíproco*.

Movilidad Grupal.- Expresa el grado de incertidumbre existente dentro del sistema. Potencia las interacciones y propicia la producción de cambios. Si bien es cierto, la cohesión genera cambios, mientras que la movilidad promueve que estos cambios se expresen en la vida real. Depende fuertemente del grado de programación de la actividad y de factores extra-grupales. El nivel óptimo fluctúa entre márgenes variables para cada grupo. Una escasa movilidad hace que el grupo tienda a disolverse mientras que una alta movilidad reduce el espacio para la reducción de cambios.

Existe una estrecha interacción entre Cohesión y Movilidad

	Cohesión	Alta	Media	Baja
Movilidad	Alta	+++	+	- (1)
	Media	+	Optima	+/-
	Baja	-(2)	+/-	-(3)

(1) Peligro de actuaciones (agresiones)

(2) ídem (relaciones extra-grupales)

(3) Amenaza de disolución

Clima Grupal.- Expresa el nivel de satisfacción alcanzado y la apertura (o disponibilidad activa) para la tarea. Es el balance de la relación entre el equipo terapéutico y los pacientes (mediada por la interacción entre cohesión y movilidad). Es un concepto equivalente al de Alianza Terapéutica de la terapia individual. Esta alianza no solo hace referencia a la relación, aunque la incluye. Hace referencia al vínculo formado en función de objetivos comunes y la tarea a realizarse para alcanzarlos.

Fernández Álvarez propone un instrumento para evaluar esta dimensión:

CUESTIONARIO DE CLIMA GRUPAL

1. Los miembros manifestaron agrado y cuidado entre sí
2. Los miembros trataron de entender por qué hacen lo que hacen y procuraron analizarlo lógicamente
3. Los miembros evitaron prestar atención a cosas importantes que ocurrieron entre ellos
4. Los miembros sintieron que lo que ocurrió era importante y hubo una buena participación
5. Los miembros dependieron de la dirección del coordinador
6. Hubo fricción y cólera entre los miembros
7. Los miembros estaban distantes y alejados entre si
8. Los miembros se desafiaron y confrontaron en sus esfuerzos por elaborar las situaciones
9. Los miembros parecían actuar del modo en que pensaban que sería aceptable para el grupo
10. Los miembros se rechazaban y desconfiaban entre sí
11. Los miembros revelaron informaciones y sentimientos personales delicados
12. Los miembros parecían tensos y ansiosos

Otras investigaciones (Burlingame, MacKenzie & Strauss, 2004) proponen además otros factores que contribuyen al cambio, entre los que se mencionan los procesos inherentes al grupo, la acción de los participantes (pacientes y terapeutas), y los factores estructurales del dispositivo como tal.

Así, las operaciones vinculadas con las dimensiones dinámicas son parte de las premisas para la intervención terapéutica. Así es responsabilidad del terapeuta optimizar la cohesión, movilidad y evaluar constantemente el clima grupal.

Respecto de este tema, se deben mencionar también otras actitudes relativas al rol de coordinador como ejercer el grado mínimo necesario de directividad. No es posible mantener un nivel ausente de directividad, siempre este elemento está presente aunque la mayoría de las veces el terapeuta actúe mas bien como facilitador. Esto ocurre por ejemplo en el mantenimiento de las normas y reglas. El terapeuta debe además regular el nivel de exposición. Por esto es recomendable el apoyo de observadores del proceso.

Otra de las responsabilidades del terapeuta consiste en elevar la atención frente a situaciones críticas, por ejemplo operar sobre la tendencia a la rigidización de los roles (el sabelotodo o la víctima por ejemplo) y registrar y manejar las tensiones disruptivas que pudieran generarse en la interacción. Esto se consigue generalmente regulando el tono emocional y promoviendo el registro activo de la observación. El terapeuta debe ser capaz de seleccionar la constelación más favorable para intervenir.

Las **Dimensiones Constitutivas** de un grupo terapéutico, hacen referencia a las especificaciones sobre el formato del dispositivo como tal. Dentro de esta categoría encontramos 5 elementos:

- Objetivos
- Extensión del grupo
- Composición
- Duración; y,
- Reglas de funcionamiento

Objetivos.- Se refiere a aquellos de los que el grupo se ocupará durante la terapia. El problema no siempre define el objetivo que se pretende conseguir. El establecimiento de objetivos dependerá del grado de focalización sobre lo que se quiere obtener y de las áreas sobre las cuales se pretende intervenir. Según estos criterios los objetivos pueden ser focalizados cuando se afronta situaciones específicas como en el caso de síntomas emocionales o enfermedades físicas; Semi – abiertos cuando se trabaja en transiciones de la experiencia, vital o social; o Abiertos cuando existe la necesidad de reorganización de patrones básicos como en el caso de perturbaciones de la personalidad o grupos de desarrollo personal.

Extensión.- Este criterio hace referencia al número de participantes que el dispositivo contenga, por una parte; y por otra determina el volumen de interacciones existentes entre los miembros. Mientras más focalizados sean los objetivos de un grupo mayor podrá ser la extensión.

Composición.- Los grupos pueden tener participantes con ciertas similitudes o algunos otros pueden encontrar muy pocos puntos en común. Esto determina las características de composición de los grupos. Así los grupos pueden ser calificados como homogéneos o heterogéneos. En el caso de los grupos naturales por ejemplo, hablamos de homogeneidad al identificar a la familia nuclear; y de heterogeneidad cuando consideramos a la familia extendida o ensamblada.

En el caso de los grupos artificiales, deberán ser considerados aspectos como la edad, el sexo, situación familiar, nivel de instrucción, ocupación, personalidad, experiencia terapéutica y tipo de demanda.

Ninguna de las dos condiciones homogeneidad o heterogeneidad son aconsejables en demasía. De tener un grupo totalmente homogéneo, no existiría la movilidad necesaria para que resulte terapéutica, corriendo el peligro de degenerar en relaciones de amistad. Tampoco es conveniente una total heterogeneidad como en el caso de que los participantes provinieran de diferentes bandas culturales. Esto generaría poca cohesión.

Una manera de conseguir un grado óptimo de homogeneidad dentro de un grupo heterogéneo es mediante la focalización.

Duración.- Hace referencia a la frecuencia, duración y número total de sesiones. Este criterio depende de la accesibilidad que los participantes tengan al dispositivo. Por ejemplo, en casos de internación total o parcial se pueden aplicar dos o más sesiones semanales con una o dos horas de duración. En el caso de pacientes ambulatorios pueden ser aplicadas una o dos sesiones con duraciones de 120 o 180 minutos.

La duración total de sesiones puede clasificar a la terapia en breve (hasta 6 meses como máximo); intermedia (un promedio de 18 meses) o prolongados (sin un tiempo límite). A pesar de que algunos grupos son de tiempo limitado, varían de ocho a doce semanas o más, "la mayoría de los grupos se desarrollan con nuevas personas que se integran y las que se 'gradúan' a través del tiempo de vida del grupo." explica Johnston. Y añade que no es muy raro para las personas, que permanezcan dentro del grupo por un año, mientras otros, solo van unos pocos meses y no regresan. Aunque esto no es aconsejable, suele ocurrir con frecuencia en los grupos cuyo formato se presta para ello. En estos casos, decidir cuándo dejar un grupo es otra cuestión. En la mayoría de las situaciones, los terapeutas requerirán que se explique a los otros miembros el porqué del abandono para evitar reacciones negativas en los demás.

Reglas de Funcionamiento.- Se incluyen en este criterio todas aquellas normas operativas que permiten un funcionamiento adecuado del grupo. Están consideradas las pautas y prescripciones dadas por el terapeuta dentro de la sesión, regulan los modos de evaluación y las tareas intersesiones, establecen los límites de la relación terapéutica así como las relaciones entre pacientes fuera del espacio de terapia (sexo, amistad, negocios). Existen reglas que necesariamente serán sugeridas por el terapeuta respondiendo a las especificaciones del dispositivo, y otras que podrán ser discutidas y acordadas entre los participantes.

Se consideran además en este ítem los criterios de inclusión y exclusión de los participantes en el dispositivo. Entre los criterios de inclusión deberán ser considerados aspectos como el núcleo del Malestar (demanda/trastorno), Grado de Urgencia, Variables Básicas (edad, sexo, etc.), Banda Cultural (nivel de codificación, estructuras de significado, nivel de instrucción, etc.), Nivel de Resistencia y Capacidad de Integración.

2.6 El grupo y sus recursos terapéuticos

Como hemos mencionado anteriormente, la interacción entre los participantes no constituye solo un recurso terapéutico más, sino que se convierte en el recurso generador de cambios más importante del dispositivo. Se constituye en el elemento potenciado del elemento terapéutico.

Sin embargo, existen otras aportaciones que representan recursos terapéuticos en el momento de la intervención.

Creación de una red de sostén.- Permiten a la persona saber que no está sola. Mediante la exposición personal, especialmente de las dificultades, el paciente hace una revelación que a su vez tiene un efecto sobre los demás participantes. La observación genera entonces procesos de identificación y resonancia emocional. El grupo moviliza manifestaciones de apoyo en momentos críticos y el terapeuta emite mensajes que infunden esperanza, en especial cuando todo lo intentado antes no ha funcionado. El efecto directo de este fenómeno es la cohesión.

Actualización del padecimiento o problema.- Es uno de los principales efectos de la Movilidad, deriva de que el paciente incrementa su exposición, conduce a una mayor involucración de los otros. Es la clave que posibilita los cambios terapéuticos.

Exploración de procesos constructivos y facilitación de transformaciones interactivas.- Uno de los procesos constructivos más importantes es el aprendizaje por observación. Fernández Álvarez sostiene que **muchas cosas se observan, especialmente.... a los otros.**

El develamiento de sí mismo y de los otros, contiene un elemento terapéutico junto con los fenómenos de réplica o diversificación. Esto puede reflejarse a nivel de la conducta o de las estructuras de pensamiento.

Otro proceso de importancia es el de la comunicación expresiva la cual incluye palabras, silencios, expresiones de humor y hasta de violencia. Es necesario registrar la resonancia de este elemento sobre el clima grupal.

El develamiento de la experiencia de los otros generalmente incluye distintas formas de afrontamiento que han sido intentadas brindando a los demás un amplio repertorio de recursos o estrategias de afrontamiento nuevas, aunque no hayan resultado para el paciente.

La actualización y revelación del problema genera en el paciente una automática reconstrucción histórica. Desde el momento en que la experiencia vital es entregada al grupo, esta pasa a convertirse en una “referencia documental”, parte de la memoria compartida entre los participantes. Desde ahí se inicia una reorganización de la historia personal.

Evaluación y cierre de la experiencia.- Esta puede realizarse de varias maneras, de acuerdo al tipo del grupo y de participantes de que se trate. Generalmente consiste en una evaluación individual al inicio del proceso, un registro de la evolución durante el mismo y otra final que cumpliría el papel de una mirada retrospectiva sobre el camino recorrido. Esto colaboraría en la perdurabilidad de los cambios. Otra dimensión que puede ser incluida, se refiere a la evaluación del proceso desde la perspectiva del sistema.

2.7 La figura del terapeuta y el equipo terapéutico

Conocidas son las aptitudes que una persona requiere dentro de su formación para hacer labores psicoterapéuticas. Sin embargo, estas aptitudes no son necesariamente suficientes para realizar adecuadamente el trabajo con grupos terapéuticos. Existen requerimientos adicionales que debe tener el terapeuta grupal.

Entre estos requerimientos, se encuentra la necesidad de un **amplio repertorio comunicacional**, especialmente considerando que el mayor número de intervenciones se realizarán mediante técnicas de comunicación (verbal y no verbal).

El trabajo con grupos exige del terapeuta una **elevada tolerancia a la exposición**. El elevado cúmulo de emociones que pueden presentarse, deben ser manejadas por el terapeuta, exponiéndolo a riesgos de desarrollar síntomas de *burnout*.

En la modalidad de terapia individual, la atención de terapeuta puede centrarse en un solo individuo. En una modalidad grupal se requiere del terapeuta una mayor

flexibilidad atencional que le permita tener en cuenta a todos los integrantes del grupo. Es necesario anotar que del 100% de factores que deben ser tomados en cuenta, solo el 1% es explícito mientras que el 99% son más bien de tipo implícito. Dentro de la dinámica de los grupos terapéuticos, con un número promedio de 8 a 12 participantes, la cantidad de interacciones que se producen puede ser lo suficientemente extensa como para que no puedan ser registradas por una sola persona. Es por esto que autores como Fernández Álvarez sugiere como alternativa, la conformación de un equipo terapéutico. Idealmente este equipo debe estar formado por Terapeuta(s), Coterapeuta(s), Observadores (Participantes / no participantes), Auxiliares, Supervisores en vivo y Coordinadores. Por esto, se requiere además que los integrantes tengan una alta competencia para el trabajo en equipo. Según Fernández Álvarez, ...”*Esto no es un trabajo para solitarios*”

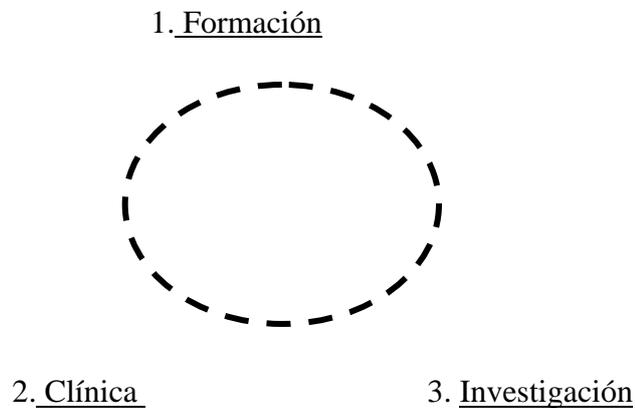
Otros autores (Johnston y otros) son más explícitos en cuantos a los requerimientos de formación para un terapeuta grupal. Sostienen que la acreditación mínima para un terapeuta de grupo en la práctica privada debe ser un grado profesional como psicoterapeuta. Un terapeuta con un grado de maestría en trabajo social (MSW), un doctorado en psicología (PhD) o una maestría en consultoría (MA), son todos ejemplos de los terapeutas de grupo que podrían ser acreditados. En otros países, la legislación normativa vigente para este tipo de desempeño suele ser más rigurosa, exigiendo licencias cuya renovación es periódica.

Otros hacen hincapié en las cualidades humanas del terapeuta. Un participante debe tener una buena relación con el terapeuta y sentirse animado y respetado por él. Si un terapeuta no tiene capacidades o disposición para la escucha activa, o emplea métodos demasiado drásticos como la crítica, se puede generar en el paciente la idea de desertar del tratamiento.

Se trata de que la persona a cargo del grupo, entienda sobre todo la responsabilidad que tiene sobre la recuperación de otras personas. Se trata de entender el dolor humano, el sufrimiento del otro, y tener la capacidad para desde el conocimiento ayudar a la superación. Esto hará que la experiencia de grupo, para una paciente sea positiva, convirtiéndose así en un elemento promovedor de un cambio saludable que brinde un invaluable entendimiento de la vida, del problema y de la recuperación.

2.8 La efectividad de la terapia de grupo

La actividad psicológica y psicoterapéutica, incluye 3 factores que según Héctor Fernández, son indispensables e inseparables:



Cada uno de los elementos, pero sobre todo la conjunción de los mismos hace que la tecnología terapéutica vaya poco a poco perfeccionándose.

Es mediante la investigación que se ha podido dar un fuerte criterio a favor de la terapia grupal. Muchos son los estudios realizados en este sentido, y la gran mayoría concluyen que los resultados de la terapia grupal son mejores que la ausencia de tratamiento, el uso de placebos e incluso, en el caso de ciertos casos clínicos, mejores que la terapia individual.

Un importante meta-análisis realizado por Burlingame, Fuhriman & Mosier, (2003), comparó los resultados de 111 estudios experimentales y cuasi experimentales publicados en los últimos 20 años, obteniendo conclusiones muy favorables para la terapia grupal. Entre dichas conclusiones se ve que la terapia grupal es especialmente recomendada, incluso como intervención primaria para trastornos del ánimo, trastornos de ansiedad, trastorno Obsesivo Compulsivo, Fobia Social, trastornos de la Conducta Alimentaria, Tercera Edad, entre otros.

Cap 2 – La terapia grupal

Para otros tipos de población y de demandas, la terapia grupal actúa como un factor terapéutico potenciador. Este es el caso de situaciones traumáticas, adicciones y enfermedades físicas.

Algunos estudios pueden parecer demasiado optimistas. Por ejemplo investigaciones realizadas y publicadas por David Spiegel, de la Escuela de Medicina de la Stanford University en California, en 1989 sostenían que las mujeres con cáncer de pecho que se sometían a terapia grupal podían alargar su tiempo de vida. Sin embargo, años más tarde, contradijeron estos resultados. No existía una diferencia significativa en cuanto al tiempo de vida entre mujeres en terapia grupal u otras fuera de ella. Sin embargo, aunque las mujeres con cáncer de pecho que acuden a sesiones de terapia grupal con otras pacientes no viven más que aquellas que no lo hacen, experimentan una mejor calidad de vida y una reducción del dolor, angustia y ansiedad. Las sesiones de terapia grupal reúnen a pacientes para debatir sobre temas como el temor a la muerte y apuntan a brindar contención social y permitir la expresión emocional.

36

³⁶ Estudio dirigido por el doctor David Spiegel, de la Escuela de Medicina de la Stanford University en California, 1989

CONCLUSIÓN

La psicoterapia de grupo es un tratamiento en el que personas con problemas emocionales se reúnen en un grupo dirigido por un terapeuta entrenado y se ayudan unas a otras a llevar a cabo cambios de conducta o personalidad. El terapeuta de grupo dirige las interacciones de los miembros del grupo para que éstos puedan lograr sus cambios.

El grupo se convierte así en un contexto nuevo para probar otras formas de comportamiento en un ambiente creado para ello y orientado por expertos. Permite crear un contexto que facilita la comunicación abierta. A través de la exploración interpersonal honesta los miembros tienen la oportunidad de aprender sobre sí mismos y entender cómo son comprendidos por las demás personas. La interacción con otras personas, a más de promover variados beneficios a nivel terapéutico, permite al individuo saber que en ese sufrimiento que lo agobia, así como en su proceso de recuperación, ya no está solo.

CAPITULO III

DISEÑO DE UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN GRUPAL DESDE EL MODELO INTEGRATIVO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD, DIRIGIDO A MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Introducción

Desde su aparición en el siglo pasado, hasta el momento actual, la psicoterapia ha venido recibiendo la influencia y los aportes de diferentes corrientes y teorías que a su vez se acompañaban de diversas propuestas prácticas para el tratamiento. Teniendo en cuenta el amplio abanico de posibilidades de intervención, así como igualmente la diversa gama de demandas psicoterapéuticas, existía la posibilidad de, por una parte, mantenerse rígidamente dentro de una de las propuestas teóricas, lo cual significaría una desventaja técnica y por otra la posibilidad de adoptar una posición en la que siempre son bienvenidas las aportaciones de las diferentes corrientes, pero de manera desorganizada, no estructurada y casi improvisada. A esta última correspondería el llamado Eclecticismo.

Para responder a estas situaciones, en los últimos años ha venido desarrollándose un nuevo enfoque que pretende dar solución a dicho problema, cimentado en un posicionamiento epistemológico, dentro de un marco teórico y un modelo de intervención organizado. A esta posición hace referencia la integración.

Las diferentes corrientes psicoterapéuticas siguen desarrollándose y definiéndose a partir de sus avances prácticos, se da el caso de que algunas terminan confundándose, en términos de lo que se realiza concretamente en el contexto terapéutico. No obstante, en la actualidad, parece haber consenso respecto de que ninguna de ellas por sí sola da cuenta de la totalidad de la experiencia humana,

sirviendo sólo como modelos aproximativos para la comprensión del hombre y su mundo.

Atendiendo a esta carencia de cada orientación psicoterapéutica, ha surgido en las últimas décadas un movimiento integrador dentro de la psicoterapia, que pretende, integrar en el plano epistemológico, teórico y técnico los valiosos aportes de diferentes corrientes psicológicas desde una nueva concepción. El abordaje integrativo es una elaboración teórica que promueve la construcción de un nuevo modelo, reformula, reconceptualiza y resignifica los aportes provenientes de enfoques tradicionales, los reconstruye y redefine en función de esta nueva construcción.

Algunos antecedentes históricos han sido de suma importancia como favorecedores y elementos influyentes de las propuestas integrativas. Entre estos antecedentes podemos mencionar a French (1993) quien tempranamente publicó su obra “Interrelaciones entre el psicoanálisis y el trabajo experimental de Pavlov”. Sin embargo han existido muchos intentos por encontrar puntos comunes entre las diferentes propuestas siendo el punto de partida la obra de Dollar y Miller (1950) en cuya presentación su objetivo era unir tres corrientes psicológicas: el psicoanálisis de Freud, los principios derivados de la obra de Pavlov, Thorndike y Hull, y las normas de la moderna ciencia social.

Dollar y Miller propusieron también opciones integrativas en “Personalidad y Psicoterapia” intentando traducir los conceptos psicoanalíticos al lenguaje de las teorías del aprendizaje.

En los años 60 Frank sostenía enfáticamente la existencia de cuatro notas comunes entre las diferentes psicoterapias, principalmente entre el psicoanálisis y el conductismo.

- Una relación particular entre el paciente y el terapeuta
- El ambiente genera por sí solo una expectativa de alivio
- Todas las psicoterapias se basan en el funcionamiento de un mito sobre la salud y la enfermedad
- Toda psicoterapia implica un procedimiento que resulta de una prescripción teórica.

Lazarus (1967) aportó con el “eclecticismo técnico” el cual fue contextualizado en el marco de su enfoque multimodal. En 1980 Bandura propone el modelo del determinismo recíproco cual involucra una integración de las variables ambientales, cognitivas y conductuales. Por su parte Goldfried (1980) contribuyó a activar la integración. En 1986 Beutler propone la “Psicoterapia ecléctica sistemática” la cual procura ir ordenando la aproximación netamente ecléctica. En 1986 Prochaska y DiClemente proponen un modelo comprensivo del cambio terapéutico a través del “enfoque transteórico” buscando así una integración en niveles más abstractos y ya no en ámbitos solamente técnicos.

Millon (1988,2000) por su parte propone ir gestando la integración en torno a la psicodinámica, sus aportes son muy importantes sobre todo en el ámbito de los trastornos de personalidad.

En América Latina Fernández Álvarez (Argentina) puede ser identificado como uno de los pioneros del movimiento integrativo, cuando en 1992 publica su libro “Fundamentos de un Modelo Integrativo”. De igual manera, Roberto Opazo en Chile, en ese mismo, año publica “Fuerzas de cambio en psicoterapia: un modelo integrativo”. Desde 1994, el Centro de Estudios Humanos, AIGLÉ de Argentina y El Centro Científico de Desarrollo Psicológico de Chile, CECIDEP confluyen en la docencia de un programa de Maestría en la Universidad Nacional de San Luis, Argentina.

Entre algunos elementos favorecedores e influyentes del modelo integrativo encontramos³⁷:

- Compromisos conjuntos de las corrientes para evitar la entropía que amenaza la psicoterapia
- Insatisfacción en psicoterapeutas, clientes y comunidad por las teorías y los resultados de los procesos psicoterapéuticos

³⁷ Apuntes Maestría de Psicoterapia Integrativa, Universidad del Azuay, Cuenca Ecuador

- “Tendencia al empate” entre las corrientes, sin haber demostrado superioridad ninguna de ellas. Veredicto del pájaro “Dodo”
- Desarrollo de un “eclecticismo espontáneo” entre los terapeutas
- Exigencia de la sociedad de resultados eficaces por tratamientos prolongados y costosos
- Decreciente actitud “dogmática” de los psicoterapeutas de diversas corrientes que buscan acercamiento a nivel teórico y técnico.

Como consecuencia de lo explicado anteriormente, surge el movimiento integrador en psicoterapia, que busca seleccionar teorías o técnicas psicoterapéuticas para contribuir a una maduración y desarrollo cualitativo del campo de la psicoterapia en un clima cooperativo de exploración de la integración (Opazo y Fernández-Álvarez, 2004, pag34), por lo que basándose en determinadas teorías surge el modelo integrativo en psicoterapia, siendo una teoría que ha hecho grandes aportes a este modelo la psicología cognitiva.

La historia del movimiento hacia la integración, ha atravesado por dos períodos de la psicología cognitiva. El primer periodo estuvo marcado por el empleo del paradigma del procesamiento de la información como estructura conceptual básica. (Fernández Álvarez, 2005, Pág. 80). Según este paradigma, los comportamientos llegaban a ser descritos y explicados en términos del modo en que los seres humanos se comportan como sistemas u organismos capaces de operar con la realidad, procesando secuencialmente la información recibida.

Es decir, compara al sujeto con un computador que almacena, procesa, y elabora la información.

El segundo periodo se inicia cuando se hizo la fuerte observación de que este enfoque utilizado para describir el funcionamiento de las máquinas, resulta insuficiente para explicar la manera como operan los seres humanos. El paradigma del procesamiento de la información resulta limitadamente útil para la psicología, pues solo permite explicar un aspecto parcial de un fenómeno más complejo. (Fernández Álvarez, 2005, Pág. 99). Los seres humanos a diferencia de las computadoras, despliegan sus conductas en secuencias no lineales sino recursivas, y

además por el hecho de que las informaciones que los individuos procesan están determinados, absolutamente, por la dinámica de la esfera social, eliminándose así la conceptualización lineal de procesamiento de información que se mantenía hasta el momento.

Nace así una nueva perspectiva cognitivo-social, la cual considera a los mecanismos cognitivos del individuo como un reflejo de la actividad social, sin dejar de lado la cualidad del sujeto como constructor de su realidad y mediador de su experiencia que está interesado en organizar su realidad para construir su propio mundo, surgiendo así un enfoque cognitivo constructivista.

Este enfoque ha sido determinante para el desarrollo de la psicoterapia a los niveles alcanzados actualmente. En todas las actividades humanas pueden reconocerse tiempos que se destacan por su poder innovador. Esto es lo que hoy observamos en la poderosa fuerza hacia la integración que recorre el conjunto de las psicoterapias (Fernández Álvarez, 2005, Pág. 13).

Dentro de la corriente de la integración, encontramos varios modelos que brindan sus alternativas para hacer de esta tendencia una realidad práctica y útil para el quehacer psicoterapéutico. Uno de estos modelos fue diseñado por Roberto Opazo (Chile) como una respuesta a esta necesidad. Este modelo plantea, más que una integración de enfoques, de autores o de técnicas; primordialmente una integración paradigmática (Opazo, 2004, Pág. 340).

3.1 Generalidades sobre el modelo integrativo focalizado en la personalidad

Dentro de esta fuerte corriente hacia la integración, modelos como el argentino o el chileno han sido extensamente desarrollados y estructurados por sus autores.

Sin embargo, la amplia diversidad cultural de nuestro continente y la consideración de las condiciones especiales de nuestra realidad, hacen pensar en la necesidad de la existencia de un modelo integrativo ecuatoriano, que responda a los requerimientos de quienes integran nuestra sociedad para los cuales debería ser diseñado. Entre los aspectos específicos de nuestra cultura encontramos elementos como la relativamente

escasa cultura psicológica de la población general, lo que se relaciona con la prevalencia del modelo médico de atención. Nuestro paciente es inmediatista, cuyo locus de control es predominantemente externo y posee también un amplio bagaje de pensamientos mágico-religiosos que le llevan a buscar soluciones rápidas.

Por esta peculiaridad, el modelo mantiene lineamientos generales de la corriente Integrativa, sin embargo, este goza de identidad propia en el aspecto teórico, metodológico y práctico.

Es necesario entonces, partir de un concepto que especifique aquello de lo que hablamos cuando nos referimos a lo integrativo. Según Opazo, integrar involucra construir una totalidad a partir de partes diferentes. Integrar significa crear una nueva teoría a partir de la suma de partes. Fernández Álvarez, manifiesta “Integrar involucra encontrar respuestas articuladas a conjuntos que son diversos y complejos”.

Vemos entonces, que integrar involucra más que una simple suma de partes. Integrar va mucho más lejos pues cuenta con bases y características determinadas, encaminadas hacia un fin.

Según L. Balarezo, (2004) “Lo integrativo concierne a una totalidad dinámicamente articulada de partes y cuyo resultado final es diferente y más completo, complejo y útil que sus elementos aislados”.

El modelo Integrativo diseñado por el Doctor en Psicología Lucio Balarezo, Master en Desarrollo del Talento Humano, tiene su base epistemológica en el constructivismo moderado dentro de una perspectiva humanista. Esta posición epistemológica atiende al carácter constructivo de nuestra experiencia, que surge de la capacidad para dotarla de significados, que a su vez es generada por nuestra posibilidad de transformar los datos en signos, mediante los cuales operamos con el entorno y con nosotros mismos.

El Modelo Integrativo Ecuatoriano encuentra su eje central en la comprensión de la personalidad. Así, la personalidad se constituye en una estructura formada por componentes biológicos, psicológicos y sociales integrados de una manera dinámica,

que han sido influenciados por las experiencias del individuo, por los factores psicológicos, por el elemento biológico de la persona para conformar una estructura que permite al individuo interactuar con el medio, siendo un individuo particular, diferente al resto, con características propias según los factores que han intervenido en la formación y estructuración de su personalidad.

Entre otros conceptos de personalidad podemos encontrar el dado por G. Allport quien señala que "Personalidad es la organización dinámica, en el interior del individuo, de los sistemas psicológicos que determinan su conducta y su pensamiento característicos."

Skinner concluye que "la personalidad tiene utilidad para predecir el comportamiento, dado que éste en gran parte depende de aspectos externos al sujeto (condiciones ambientales) o de características particulares de núcleos específicos y relativamente independientes del córtex."

Herman, define la personalidad como una correlación de conductas existentes en todo ser humano, realmente única y estable, que perdura a lo largo del transcurso del tiempo.

Según Dollard y Miller, la personalidad se constituye en función de un elemento esencial que es el hábito (asociado entre un estímulo y una respuesta y asociado con las pulsiones primarias y secundarias) y las jerarquías de respuestas que constituyen las estructuras individuales.

Catell afirma que la personalidad permite predecir lo que hará una persona en una determinada situación. En este concepto se habla de rasgos, como estructuras mentales que se obtienen de la observación coherente de un determinado comportamiento. Pueden ser rasgos únicos (individuales) y comunes (poseídos por todos los que conviven ciertas experiencias); superficiales y originarios (estos últimos son la base del comportamiento y son identificables mediante el análisis factorial).

Al hablar de personalidad y de otros aspectos propios del ser humano se requiere encontrar un modelo de pensamiento que admita la existencia de la dualidad mente –

cuerpo. Esta es la incertidumbre en la que se encuentra actualmente el mundo científico y en especial en las ciencias humanas, debido a la inadecuación de las rígidas estructuras metodológicas heredadas del positivismo a la naturaleza dialéctica y vincular del comportamiento del hombre.

Hace falta entonces que manejemos un tipo de conocimiento que sea consecuente con la nueva postura del hombre como sujeto-objeto de conocimiento científico y de sus inseparables vínculos relacionales con el entorno que lo rodea, dentro de un contexto histórico – social. En respuesta a esta necesidad surgen propuestas como la Teoría de la Complejidad, la cual integra elementos del Enfoque Histórico-Cultural promulgado por Vigotsky y sus seguidores.

Uno de los principios que maneja la teoría de la complejidad, defendida por Morín, es el ***Principio Dialógico*** el cual asocia a la vez, dos términos complementarios y antagónicos. Permite mantener la dualidad en el seno de la unidad. Este principio sirve de guía en la comprensión del ser humano en su proceso dialéctico de desarrollo como personalidad. Entre sus supuestos básicos encontramos **la naturaleza múltiple y diversa de lo estudiado**. Cada persona es en sí misma un ser único de naturaleza multidimensional donde lo biológico, lo psicológico y lo social se conforman diferencialmente; por lo tanto, el desarrollo del ser es un proceso con múltiples aristas enmarcado en un momento y espacio únicos.

Desde este enfoque podríamos definir a la personalidad como: la construcción resultante de un proceso de desarrollo que se realiza a dos niveles: un nivel individual y un nivel social.

- Decimos de la personalidad como una construcción sugiriendo que no es un elemento que existe conjuntamente con el nacimiento del individuo sino que a lo largo del desarrollo del mismo, irá adquiriendo los elementos necesarios para integrarse como personalidad.
- Hablamos de un desarrollo asumiéndolo como un proceso evolutivo que será modelado mediante mecanismos selectivos en el transcurso de la vida.
- Por nivel individual entendemos el complicado entretejido de factores biológicos, genéticos y psicológicos propios del sujeto que constituirán parte de la materia prima en la construcción de la personalidad.

- Por nivel social entendemos la situación de convivir en una red vincular de interacción, asumiendo con esto tanto las facilidades como los obstáculos que pudieran representar en la conformación de la personalidad. Dentro de este nivel encontramos todas las experiencias que resultan de la interrelación con los demás, incluidos los procesos de aprendizaje y la conducta como modo de expresión de la personalidad.

Contrariamente a una idea de causalidad lineal propuesta por corrientes como el positivismo, se evidencia aquí un efecto circular, en la manera como ambos niveles, individual y social, interactúan en la conformación de la personalidad. El nivel individual no es inmutable y estará continuamente siendo influenciado y modificado por el nivel social. A su vez, esta influencia sobre el nivel individual generará nuevos modos (mejores o peores) en los cuales el individuo se relacionará con su entorno.

A pesar de la complejidad con que ambos niveles pueden intercalarse entre sí, es posible estudiar a la personalidad con el objetivo de establecer predicciones en forma relativa sobre el comportamiento de un individuo ante un determinado acontecimiento gracias a métodos de investigación como la observación y comparación.

Nuestro modelo considera la personalidad como una estructura dinámicamente integrada de factores biológicos, psicológicos y socioculturales que establecen un modo de percibir, pensar, sentir y actuar otorgándole singularidad e individualidad al ser humano. (L. Balarezo)

En el Modelo Integrativo Ecuatoriano Focalizado en la Personalidad se hacen consideraciones sobre algunos aspectos esenciales de su estructura y dinamismo, como las que exponemos a continuación:

- Se reconoce a la personalidad como una estructura integradora de las funciones psíquicas formada por la interrelación de los factores psicológicos,

biológicos y sociales que brindan un singular comportamiento a cada individuo.

- La personalidad no es estática ni inmutable, está sujeta a cambios dependiendo del entorno y del dinamismo del propio sujeto y las experiencias que puedan ocurrir.
- Se conocen las facilidades y obstáculos que da el entorno social y los factores biológicos para la formación de la personalidad normal o patología y además para el proceso psicoterapéutico.
- Se reconoce el valor del pasado como influyente más no determinante, en la formación de la personalidad por lo que terapéuticamente se trabaja sobre este y/o el presente para lograr una proyección al futuro.
- La personalidad se expresa en la forma como el individuo se relaciona con el entorno y los demás.
- Se reconoce la presencia de procesos conscientes e inconscientes desde una perspectiva biopsicosocial.
- Se da importancia a las motivaciones ya la vida afectiva en la construcción y expresión de la personalidad.
- La personalidad constituye una organización dinámica que supera la yuxtaposición de elementos aislados.
- La personalidad desde su dinamismo interno se expresa en una forma específica de relación con el entorno y los demás.
- El concepto de personalidad en el modelo constructivista moderado permite predecir en forma relativa el comportamiento de las personas.
- La definición de personalidad involucra un sentido de coherencia y continuidad en su funcionamiento.
- La personalidad permite predecir en forma relativa el comportamiento de un individuo ante un determinado acontecimiento.
- Se reconoce el valor de los procesos de aprendizaje en la noción de lo patológico y en el ejercicio psicoterapéutico.
- Reconocemos el valor de lo cognitivo en la estructuración patológica y en el proceso terapéutico
- Reconocemos la importancia de la valoración sistémica en la comprensión de la relación individuo-grupo-sociedad.

El Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad soluciona la dicotomía entre lo nomotético y lo ideográfico admitiendo que, aunque el individuo posee características que lo hacen ser único e irrepetible, como por ejemplo ocurre con los caracteres genéticos, también estos caracteres pueden ser comparados con los de otro individuo único.

Es así que resulta posible agrupar ciertos tipos de características o rasgos que pueden ser generalizados a un número representativo y significativo de individuos, permitiendo así establecer tipos de personalidad. En esta clasificación se describen rasgos de personalidad que resultan estables para cierto tipo de individuos. Para este modelo, la clasificación incluye los siguientes tipos:

- **PERSONALIDAD PARANOIDE.-** Posee características de liderazgo, busca poder sobre los demás, cree que le engañan o le hacen daño sin evidencias que lo sustenten, sus características principales son la suspicacia y la desconfianza. Es rencoroso, celoso por temor a perder poder, tiene una prevalencia de procesos cognitivos, ante la humillación y ofensas reacciona y contraataca. Existe una amplia expansividad del yo, recolecta documentos para utilizarlos para su defensa en caso de ser necesarios. Puede desencadenar en cuadros patológicos como el Trastorno de Ideas Delirantes (paranoia) y la esquizofrenia paranoide.
- **PERSONALIDAD ANANCASTICA.-** Prevalencia de procesos cognitivos, perfeccionista, preocupación por los detalles, reglas y orden, empeño por el sometimiento de los demás, excesivo apego al trabajo y a la productividad, excesiva escrupulosidad e inflexibilidad, represión afectiva, falta de generosidad, incapacidad para desprenderse de objetos. Como patología se puede presentar el Trastorno Obsesivo Compulsivo.
- **PERSONALIDAD CICLOTÍMICA.-** Se caracteriza por las oscilaciones en el estado de ánimo. Se presentan períodos de lentificación orgánica y psíquica y períodos de aceleramiento funcional y psíquico. Es de fácil contacto social, agradable, alegre y franco, que se alterna con períodos de

retraimiento social, hipersensible, colaborador y preocupado por los demás, prevalencia de procesos afectivos. Puede desencadenar en Trastorno Bipolar.

- **PERSONALIDAD HISTRIÓNICA.-** Se caracteriza por la búsqueda constante de apoyo y elogio, demuestra vanidad en su apariencia y conducta, exageración en la expresión de sus emociones, siente incomodidad cuando no es el centro de atención, inestabilidad emocional y baja tolerancia a la frustración. Sus relaciones interpersonales suelen ser superficiales marcadas por un comportamiento y tipo de contacto seductor.
- **PERSONALIDAD EVITATIVA.-** Demuestra hipersensibilidad a las críticas y desaprobación. Mantiene pocas relaciones íntimas y confidentes, establece vínculos solo cuando está seguro de la aprobación del otro, evita actividades sociales complejas, es reservado en las reuniones sociales, tiene temor a sentirse avergonzado, rehuye dificultades, riesgos y peligros físicos
- **PERSONALIDAD DEPENDIENTE.-** Se caracteriza por la incapacidad o dificultad para tomar decisiones, aquiescencia con los demás, dificultad para iniciar proyectos o actividades, realización de tareas desagradables para congraciarse con otros, incomodidad ante la soledad, sufrimiento excesivo ante pérdidas afectivas, temor al abandono y sensibilidad ante las críticas y la desaprobación social.
- **PERSONALIDAD ESQUIZOIDE.-** No disfruta de relaciones estrechas. Suele elegir actividades solitarias. Mantiene frialdad afectiva y tiene dificultad para mantener experiencias interpersonales y sexuales. Es indiferente a la aprobación y crítica de los demás, mantiene su afectividad reprimida y posee una alta tendencia a la fantasía.
- **PERSONALIDAD INESTABLE.-** Suele mantener relaciones interpersonales intensas e inestables, lo caracteriza la impulsividad, la inestabilidad afectiva y la ira inapropiada, intensa o descontrolada. Prefiere actividades en espacios

abiertos y que sean de riesgo y competencia. Posee una alta tolerancia al dolor.

- **TRASTORNO DE PERSONALIDAD DISOCIAL.-** Suele demostrar conductas antisociales y deshonestas, fracaso para someterse a las normas sociales, impulsividad, irritabilidad, agresividad y violencia, imprudencia en los actos relacionados con su seguridad personal o de los demás, falta de remordimiento, irresponsabilidad persistente y generalmente no aprende con la experiencia.

Para el Modelo Integrativo Ecuatoriano, siendo la personalidad el eje integrador, su estructura es ampliamente descrita. Así, se establecen los componentes que la integran, entre los que encontramos:

- Componentes Biológicos
- Componentes Socio-Culturales
- Componentes Motivacionales y Afectivos
- Componentes Cognitivos
- Procesos Conscientes e Inconscientes
- Procesos de Aprendizaje
- Valoración Sistémica

COMPONENTES BIOLÓGICOS.- Los componentes biológicos de la personalidad se dividen en 4 grupos como son:

a) Factores Hereditarios.- entre estos tenemos:

- Nivel de actividad.- si es que su actividad es lenta o rápida, organizado o desorganizado, es estable o inestable.
- Emocionalidad.- es la respuesta emocional ante un estímulo afectivo y tiene dos componentes: 1. intensidad, 2 velocidad.
- Sociabilidad.- es la mayor o menor capacidad de establecer contactos.
- Extraversión.- mayor o menor grado de asertividad.

- Apertura a la experiencia (intelecto).- mayor o menor propensión a buscar experiencias nuevas que se traducen en procesos cognitivos.

b) Alcances Neuropsicológicos.- la relación entre comportamiento y función del cerebro.

- Extraversión y activación cortical (SRAA) Sustancia Reticular Ascendente, que es la que nos permite mantenernos en vigilia o alerta, y se requiere de estímulos del exterior. Eysenck.
- Bases biológicas de la emocionalidad (cerebro visceral) hipotálamo.
- Funciones cerebrales de aproximación e inhibición Gray.- se relaciona con lo que Pavlov llamaba excitación e inhibición, la excitación controlada por un sistema de Activación Conductual, y la inhibición controlada por el Sistema de Inhibición Conductual.

c) Estructura Bioquímica.- acción de los neurotransmisores.

d) Factores Endocrinos.- como las hormonas interfieren en la personalidad del individuo.

En la bibliografía psicológica encontramos también amplias referencias a la relación entre constitución física y temperamento, estableciendo relación entre la estructura constitucional y la personalidad; principalmente en los aportes de Sheldon y Kretschmer y sus teorizaciones sobre biotipos.

A su vez, Eysenck establece bases biológicas de la personalidad al hablar de las relaciones entre Estabilidad Emocional vs. Neuroticismo, Extroversión vs. Introversión y Realismo vs. Psicoticismo.

COMPONENTES SOCIO – CULTURALES.- Hace referencia al ambiente físico, las condiciones socio-económicas, la influencia de la cultura en la que nos desenvolvemos; los mismos que influyen en nuestra personalidad en un grado significativo.

COMPONENTES MOTIVACIONALES Y AFECTIVOS.-

Se establece la diferencia entre *Necesidad*, entendida como un estado interno no satisfactorio o carencia de algo que se requiere para el bienestar o una condición física que no parece sentirse en forma directa; y *Motivación* como un agregado de cogniciones con matices afectivos organizados alrededor de una necesidad o una experimentación subjetiva de una disposición o preferencia.

Las necesidades pueden ser de dos tipos:

- Primarias o viscerogénicas.- Aquellas basadas en la naturaleza biológica como comida, agua, aire, sexo, evitación al dolor, etc.
- Secundarias o psicogénicas.- aquellas inherentes a nuestra estructura psicológica como logro, poder, afiliación, intimidad, reconocimiento.

Las motivaciones pueden también diferenciarse en categorías:

- Motivación de poder.- Deseo para causar un efecto en los demás, tener prestigio, status e influencia sobre los otros.
- Motivación de logro.- Deseo de hacer las cosas bien, de obtener placer conforme se superan obstáculos y desempeñarse mejor.
- Motivación de afiliación.- Necesidad de establecer y mantener relaciones sociales dedicando tiempo a la interacción con los demás.
- Motivación de intimidad.- Deseo de experimentar intercambios cálidos, cercanos y comunicativos con otra persona.

Según McClelland podemos encontrar además otros determinantes del comportamiento como el sistema de necesidades múltiples, el valor del incentivo, el valor de la fuerza de las necesidades y las expectativas.

Así, la necesidad y la presión pueden actuar de manera simultánea para generar una motivación a la acción, generando así una conducta determinada, característica de la personalidad.

COMPONENTES COGNITIVOS.- La psicología cognitiva centra su estudio en los procesos ocurientes en la mente del individuo como procesador de información. Otorga valor al individuo como mediador entre los estímulos y las respuestas. Introduce nuevos conceptos como esquemas, mapas, guiones, prioriza el análisis de los procesos al de los contenidos.

Varios han sido los aportes que han resultado siginificativos para esta área del conocimiento. Por ejemplo, ya Neisser y Riviere hablaban de la capacidad autoprogramadora y anticipatoria de la conducta humana. Bandura desde su Modelo cognitivo – social establece a la conducta como producto de la interacción entre ambiente y persona y las cogniciones con los procesos motivacionales.

Vigotsky establece la regulación de los procesos psíquicos elementales por la influencia medio-ambiental. Además sostiene que los procesos psíquicos superiores son organizados por la influencia social mediante el lenguaje.

Piaget mediante su significativo aporte sobre el desarrollo de los procesos cognitivos, los procesos de asimilación y acomodación en la adaptación.

Muchos autores entre los que podemos mencionar a Mahoney, Kelly, Kaës, Watzlawick, entre otros, han sido representativos en el desarrollo de la corriente cognitiva.

La comprensión de las funciones cognitivas ha tenido una evolución que puede ser descrita en dos fases o etapas:

- PRIMERA ETAPA.- Paradigma del Procesamiento de la Información, según el cual se sostiene que vivimos en un universo de información donde el ingreso de información tiene un efecto doble. El ingreso de la información en un sistema genera una puesta en marcha de una secuencia destinada a la resolución de problemas. Se dedica a la investigación de los mecanismos interiores para organizar la experiencia en un proceso de efecto doble. Este modelo explicativo, aunque limitado en su comprensión de las capacidades cognitivas del ser humano, presenta ventajas como haber sido la primera elaboración de un esquema formal de los comportamientos humanos

enfaticando la dinámica antes que los contenidos, y aunque prescinde de hipótesis sobre las causas, investiga los mecanismos interiores que organiza la experiencia. Además aplica un esquema de descripción común a todas las formas de comportamiento y organismos. Ofrece además un primer esquema para establecer tres etapas del procesamiento psicopatológico:

- Trastornos atribuibles a las vías de entrada
 - Fallas de focalización
 - Fallas de orientación

 - Trastornos atribuibles a los mecanismos de clasificación
 - Fallas en la memoria

 - Trastornos en los esquemas nucleares del procesamiento
 - Déficit en las creencias
 - Déficit global de la personalidad
- SEGUNDA ETAPA.- Enfoque Cognitivo Social y Constructivismo. En esta etapa se invalida el procesamiento de información mecanicista para introducir la noción de autorregulación. Desarrolla conceptos del procesamiento de la información como Circular y no lineal. Establece que estos mecanismos son retroactivos y proactivos. Describe un proceso activo de selección de información. Según este esquema, los seres humanos despliegan sus conductas en secuencias recursivas, la información que procesan está determinada por la dinámica social.

PROCESOS CONSCIENTES E INCONSCIENTES.- Se reconoce el aporte de dos momentos o modelos explicativos.

Un primer momento marcado por la Perspectiva Psicoanalítica donde destacan los elementos teóricos de Freud como el modelo topográfico de la mente, el modelo estructural, las etapas del desarrollo psicosexual y otros conceptos como las pulsiones y sus explicaciones sobre los procesos mentales.

En el segundo momento encontramos la perspectiva neo – analítica. Donde los autores representativos (Horney, From, Sullivan, entre otros) en esta área reconocen la influencia socio – cultural en la personalidad. Encontramos también los aportes de la psicología del yo, la teoría de las relaciones objetales, la teoría del apego, entre otros.

PROCESOS DE APRENDIZAJE

Dentro de los componentes de la personalidad relativos a los procesos de aprendizaje, son de significativa importancia los aportes de Pavlov sobre el condicionamiento clásico o respondiente, los procesos de Excitación e Inhibición, Irradiación y Concentración Skinner y sus ideas sobre el condicionamiento en el que la aparición de una conducta se hace más probable si esta es seguida de un resultado deseable. Este fenómeno se conoce como reforzamiento y suelen ser aprendidos, mostrando sus efectos en la personalidad.

Bandura aporta desde su teoría del aprendizaje social donde utiliza los principios generales del condicionamiento priorizando los reforzadores sociales.

Otras teorías, como la del aprendizaje vicario o del aprendizaje por observación y modelado, contribuyen a esta área de conocimiento.

VALORACIÓN SISTÉMICA.- En esta esfera, los aportes de las diferentes escuelas sistémicas como el Grupo de Milán (Selvini-Palazzoli, Boscolo y Prata), la Escuela de Palo Alto (Bateson), la Escuela Interaccional del MRI (Watzlawick, Weaklan, Fish) y la Escuela Estructural – Estratégica (Haley y Minuchin) han sido de significativa importancia. Al trabajo de ellas se deben conocimientos sobre la Teoría General de los Sistemas (Bertalanffy) y todos los procesos involucrados.

La comprensión de la estructura de un sistema y sus características contribuyen para completar la compleja visión que el Modelo Integrativo Ecuatoriano otorga a la personalidad.

3.2 La violencia desde una perspectiva integrativa

La mayor parte de propuestas de acción frente a la violencia, exponen la necesidad de realizar un tratamiento interdisciplinario, que involucra intervenciones a diferentes niveles: individual, relacional, comunitario y social.

Uno de los pasos considerados como indispensable, hace referencia a la presentación de la denuncia ante las autoridades pertinentes, lo cual permite a diferentes instituciones tomar las medidas correspondientes. Durante esta etapa, es necesario informar a la persona agredida sobre los derechos y servicios, gubernamentales y privados correspondientes para la atención. A continuación es necesario realizar una valoración médica de la paciente, ya sea que las agresiones sean visibles o no. Estos dos primeros elementos del abordaje, responden a la necesidad imperiosa de restituir los derechos de la mujer que ha sido violentada. En muchas ocasiones, y de ser posible, se procede a la reubicación de la víctima en albergues o casas de acogida especializadas en la problemática de violencia.

Posteriormente, pero no menos importante, es considerado generalmente necesario que se realice una intervención psicológica para la víctima. Dentro de la Ley Contra la Violencia a la Mujer vigente en Ecuador la atención psicológica está generalmente dispuesta dentro de las medidas de protección asignadas a cada caso.

Otros autores no concuerdan con esta posición. Leonore Walker por ejemplo, sugiere que existen mujeres que, aunque han sido víctimas de violencia doméstica tiene otras fuentes de apoyo familiar o social, que brindan la contención necesaria para que ellas puedan retomar la normalidad en su vida. L. Walker sostiene que ***“no todas las mujeres golpeadas necesitan una terapeuta; pero, quienes la necesitan, deben tener la mejor”***³⁸

Tal como plantea Mónica Dohmen, “el abordaje profesional durante la admisión, incluye la desmitificación del rol tradicional del género femenino como madre, esposa y ama de casa. Es necesario trabajar sobre los prejuicios y expectativas que llevan incorporados estas mujeres respecto del estereotipo, estimulándolas a la

³⁸ WALKER Leonore, I Congreso Internacional, II Congreso Nacional, III Congreso Regional Violencia, Maltrato y Abuso, Deconstruyendo el abuso de poder en los vínculos, 2007, Buenos Aires, Argentina

valoración de sí mismas como sujetos autónomos, significados independientemente del rol o la posición social que ocupan, revalorizando su autoestima”³⁹

Algunas propuestas han sido escritas con respecto al tratamiento psicológico. Muchos autores son reconocidos en el tema de la violencia, entre los cuales encontramos a Jorge Corsi y su grupo de colaboradores. Entre las propuestas metodológicas que han presentado, se plantea trabajar directamente sobre los efectos psicológicos como el bajo nivel de autoestima, el constante bloqueo de las iniciativas infantiles, los fuertes sentimientos de degradación y humillación, las actitudes de sometimiento, el aislamiento afectivo, el rendimiento general disminuido, la sensación de soledad y desamparo, la presencia de conductas autodestructivas (uso indebido de tranquilizantes, fumar, beber o comer en exceso), la percepción fatalista de la vida, los intentos de suicidio, entre otros.

Otros autores plantean el tratamiento desde la concepción del estrés postraumático como diagnóstico principal, atendiendo a los síntomas relacionados con la ansiedad, alerta o manifestaciones como alteraciones en el sueño, irritabilidad, dificultad en la concentración, hipervigilancia, etc.

Esta es la característica primordial de la propuesta de intervención de L. Walker, especialmente enfocado en los síntomas del Síndrome de la Mujer Golpeada como una categoría del Trastorno por Estrés Post-traumático. Walker propone su tratamiento de “Siete pasos para transformarse de víctima en sobreviviente”⁴⁰

1. Reconocer que se ha sido abusada, etiquetarlo, y reconocer que esto ha tenido, por lo menos algún efecto perjudicial.
2. Ayudar a la víctima a buscar seguridad y protección contra cualquier abuso posterior o daño continuado.
3. Ayudar a la víctima a que vuelva a tener claridad cognitiva y buen juicio.

³⁹ DOHMEN Mónica. CORSI Jorge. *Violencia Familiar, una mirada sobre un grave problema social*. Editorial Paidós. 1994. Pág. 81

⁴⁰ WALKER Leonore. *Terapia para sobrevivientes con mujeres golpeadas*. Revista Argentina de Clínica Psicológica. Fundación AIGLE Vol. VII – No. 3 Noviembre 1999

4. Ocuparse de los síntomas del Estrés Post Traumático que continúan ejerciendo el control sobre las emociones de las víctimas.
5. Selección y separación de los temas propios de la mujer de otras experiencias de vida más tempranas y de los procesos intrapsíquicos que se han desarrollado a partir del daño psicológico experimentado como consecuencia del abuso.
6. Reestablecer las relaciones interpersonales de manera que la mujer no se sienta sola.
7. Aprender a integrar el trauma a la vida cotidiana, utilizar lo que se ha aprendido para reconstruir una nueva identidad y seguir adelante con la vida.

Cada uno de los pasos contiene más especificaciones pero para el objetivo de este trabajo, esta aproximación se considera suficiente.

Otras propuestas terapéuticas, especialmente aquellas en las que predominan ideas conservadoras y de tinte religioso, optan por incluir dentro del tratamiento al agresor, en formatos de terapia familiar o de pareja, teniendo como consigna la reunificación familiar.

En un primer momento, esta opción fue también asumida dentro de la Casa María Amor. En ocasiones resultaba muy fácil para los agresores, obtener información sobre la ubicación de la Casa de Acogida, muchas veces la obtenían directamente de oficiales de policía o de personal de las Comisarías de la Mujer y la Familia. Otras veces, perseguían a la mujer desde la escuela de los niños y conseguían llegar a la institución. Es así que, una vez que llegaban, probaban diferentes estrategias para convencer a la mujer sobre su arrepentimiento; una de esas estrategias era solicitar apoyo psicológico. Estos pacientes eran atendidos dentro del espacio físico de la casa de acogida, desde donde el contacto visual con la víctima y con otras mujeres acogidas resultaba casi imposible de impedir, dada la distribución física de la institución. El comportamiento de estos hombres no era muy diferente entre sí. Todos ellos acudían a sus citas de forma puntual y correctamente presentados.

Algunos solían aprovechar la visita para traer regalos a sus hijos/as e incluso a la terapeuta.

Luego de iniciada la terapia, una o dos sesiones después, los encuentros “ocasionales” con la mujer solían ser más frecuentes y más aceptados por ella. En un corto período de tiempo, como máximo cuatro sesiones, casi todas las parejas habían convencido a la mujer de regresar con ellos gracias al uso de argumentos como *“la terapia me ha ayudado mucho”, “podemos seguir viniendo siempre que tú quieras”, “pero mira que he cambiado, si hasta terapia hice”*. Luego del egreso de la mujer de la Casa de Acogida, el máximo de sesiones al que un agresor regresó fueron tres. El período más largo de “cambio” que pudimos registrar fue de seis meses. En los otros casos, en tiempos más cortos de hasta un mes, pudimos registrar mediante mecanismos como seguimiento externo y reingresos a la Casa de Acogida, que el 100% de la mujeres habían sido víctimas de nuevos episodios de violencia.

Un total de seis hombres fueron atendidos de forma individual y dos de ellos en formato de pareja. Seis casos pueden no resultar significativos estadísticamente, sin embargo, cuando de la seguridad y/o la vida de una persona se trata, pudimos constatar que este tipo de abordajes muchas veces pone en peligro la seguridad de la víctima, razón suficiente para decidir excluir este tipo de atención de nuestro modelo de abordaje.

La intervención con la presencia del agresor dificulta que la víctima hable libremente sobre el maltrato y pueda expresar la devastación en la que vive. No se puede hablar de Terapia de Pareja cuando se mantienen las diferencias y las relaciones inequitativas en la distribución de poder. La falta de cultura psicológica existente en nuestro medio hace que aún se le atribuyan a la terapia y a la figura de la terapeuta, resultados y capacidades casi mágicas para producir cambios en cuatro horas de terapia o incluso menos.

Conocemos que algunos autores apuestan por el tratamiento con los agresores, especialmente en formatos grupales, en donde se trata de generar en los pacientes opciones no violentas de masculinidad. Sin embargo, estos tratamientos suelen ser

bastante prolongados para poder predecir algún tipo de cambio. Consideramos que, en virtud de las características de nuestro paciente, este tipo de programas están lejos de ser habituales en nuestro medio.

Aunque se acepte que los agresores también tienen derecho a recibir ayuda cuando lo solicitan, esto no obliga a la mujer a arriesgarse a ser víctima de una nueva agresión. Aparte del trabajo en prevención primaria, el abordaje de la mujer continúa siendo la línea de acción por excelencia hasta el momento.

El Modelo Integrativo Supraparadigmático, propone una alternativa de tratamiento que engloba objetivos y estrategias a aplicarse en cada uno de los paradigmas del modelo, y que a su vez, casi inevitablemente, se encuentran afectados en problemáticas como la violencia.

Dentro del **Paradigma Ambiental** se busca conseguir una experiencia emocional correctora en base al establecimiento de un vínculo terapéutico facilitador, evitando la victimización secundaria, dentro de un timing terapéutico apropiado para las intervenciones. Se promueve el aumento de redes sociales de ayuda y apoyo, brindando información sobre instancias de protección a la mujer. Otro elemento importante radica en disminuir el riesgo de repetición transgeneracional de la violencia desde las madres hacia los hijos. Esto se consigue gracias a la modificación de patrones relacionales entre la madre y los hijos. Todo esto contribuye a la formación del ambiente patodistónico, necesario para que se de el tratamiento y se mantengan los resultados.

Con respecto al **Paradigma Biológico**, es necesario evaluar la gravedad de la sintomatología, para considerar la necesidad de farmacoterapia. Es necesario conseguir una regulación de ritmos y ciclos biológicos, haciendo uso de la relajación y ejercicio sistemático.

En cuanto al **Paradigma Conductual**, es necesario realizar un entrenamiento en habilidades sociales, asertividad, resolución de conflictos y técnicas de

afrontamiento al estrés por medio de la aplicación de las técnicas especialmente diseñadas para este objetivo. Se debe además realizar una exposición y asignación gradual de tareas para generar sentimientos de autoeficacia.

En el **Paradigma Cognitivo**, se busca conseguir una adecuada reestructuración cognitiva junto con la modificación de esquemas, diálogos e ideas irracionales que generalmente están relacionados con estereotipos machistas sobre los roles del hombre y de la mujer. Esto promueve la generación de un trasfondo eficaz y se consigue mediante diálogo socrático, reentrenamiento atribucional, trabajos de autodiálogos, motivación cognitiva. En este paradigma, una de las áreas emergentes en el trabajo es la autoestima y se consigue gracias a la reestructuración afectiva. Otros elementos de atención se refieren a la capacidad de disfrutar, la inoculación de rabia y estrés y el trabajo anti-alexitimia. El trabajo en este nivel contribuye a la elaboración de la experiencia traumática.

En el **Paradigma Sistémico** se analiza el tipo de relación que la víctima mantiene con el agresor por medio de la potenciación interaccional. Se intenta lograr un entrenamiento en comunicación funcional en la cual puedan establecerse reglas, roles y límites presentes en toda relación humana.

En relación al **Paradigma Inconsciente** se intenta conseguir un adecuado awareness de recursos y debilidades de la propia persona, así como de la experiencia traumática. Es necesario que la paciente realice un insight de los contenidos reprimidos por acción de la problemática, esto se consigue mediante un trabajo anti-alexitimia, el uso de los sueños y la imaginación.

A nivel del **Sistema Self**, el trabajo en Autoestima, Autoeficacia y Autoimagen vuelve a ser relevante como uno de los objetivos primordiales. Se trabaja además, en conseguir un adecuado nivel de Integración del Self, awareness integral y la búsqueda del Sentido de Vida.

En todas las propuestas de tratamiento para mujeres que viven Violencia Intrafamiliar, se puede evidenciar que, existe concordancia en la necesidad de brindar

a la mujer círculos de protección y apoyo, adecuados y especializados en el tema. Así también, se percibe que el objetivo principal de toda propuesta radica en aportar a la recuperación de la persona que ha sido víctima de violencia, y sobre todo, romper el círculo típico de desarrollo de la misma, logrando un nivel de “empoderamiento” de la víctima, que le permita tomar decisiones apropiadas.

Otro elemento presente en la mayor parte de las propuestas, hace referencia a la necesidad de realizar un trabajo de tipo interdisciplinario, siendo la violencia un problema que involucra elementos legales, médicos, sociales y psicológicos.

Sin embargo, llama la atención el hecho de que, si bien es cierto, muchos autores han propuesto modelos y teorías enfocadas a definir y explicar el fenómeno e incluso reconocen la importancia del abordaje psicológico, no todos desarrollan una estrategia para el abordaje terapéutico. Aunque los efectos de la violencia, así como la sintomatología asociada con el cuadro sean descritos con detalle, esto no es suficiente para plantear una propuesta metodológica y técnica de intervención.

Es un hecho que en la psicología, ninguna propuesta puede ser tomada estrictamente como un “manual” de intervención, sin embargo, todo el trabajo realizado alrededor del tema debe servir como experiencia que permita generalizar estrategias de trabajo y acción.

Las propuestas integrativas, en este caso, el Modelo Integrativo Supraparadigmático responde a esta necesidad brindando una propuesta que involucra, tanto objetivos como estrategias específicas que pueden ser empleadas para conseguir resultados favorecedores en cada uno de sus paradigmas.

Otros modelos de intervención pueden correr el riesgo de dejar de lado algunas de las áreas constitutivas del ser humano. Así, modelos con orientación psicoanalítica pueden no tener en cuenta la influencia de las distorsiones cognitivas presentes en el

problema; o una visión de tipo sistémico puede no percatarse de la influencia biológica en la depresión de la víctima.

En las propuestas integrativas, todas las facetas de la problemática se tiene presentes, incluso gráficamente como propone el modelo supraparadigmático, pudiendo visualizar la influencia de cada paradigma sobre los demás, así como su efecto final sobre la estructura integradora o self.

En abordajes y tratamientos exitosos de la violencia, no solo deberán ser consideradas las variables asociadas a la víctima, sino también las del terapeuta, entre las cuales serán indispensables: el conocimiento de la problemática de VIF, adecuado nivel de empatía, aceptación incondicional, calidez, dinamismo, entre otras. Estos elementos favorecerán una positiva relación paciente – terapeuta, determinante para el éxito de todo tratamiento.

Aunque todos estos elementos estén presentes, en muchas ocasiones no se consigue romper el ciclo de violencia y las mujeres tienden a regresar con el agresor. Parte indispensable del tratamiento, es entonces, el empoderamiento e información adecuada a la mujer, para que en nuevas situaciones de violencia que pudieran presentarse, la víctima sepa a donde acudir y qué medidas tomar.

Cuando se habla de violencia contra las mujeres o violencia de género, se descubre que el tema ha sufrido una suerte de “naturalización”, al ser una situación que se encuentra frecuentemente, desde las entrañas del entorno doméstico hasta ser una característica sobresaliente de la sociedad moderna donde se construyen identidades de género jerarquizadas y excluyentes, que asignan a la mujer el espacio de la fragilidad y la sumisión, mientras que al hombre se le confiere el de poder y agresividad.

Siendo un peligroso fenómeno social, es necesario lograr que la VIF sea considerada dentro de políticas públicas que aseguren la prevención, difusión y tratamiento del

problema, partiendo de elementos como campañas masivas de información sobre el tema, hasta la creación de casas de refugio o acogida en donde se pueda brindar la atención interdisciplinaria que la víctima requiere.

Los profesionales que brindan esta atención deben ser bastos conocedores de la dinámica de la violencia, teniendo además excelentes condiciones psico - emocionales y de autocontrol, para que puedan ser reales instrumentos de apoyo para la víctima.

Con relación al tipo de intervención, debe brindar alternativas de abordaje en todos los niveles en que la violencia pudiera producir efectos nocivos; especialmente en el aspecto psicológico, asegurando una visión integral de efectos y estrategias terapéuticas. Esto puede conseguirse exitosamente desde una perspectiva Integrativa.

3.3 La terapia de grupo desde una perspectiva integrativa

Cada vez con mayor interés, la comunidad científica psicológica se ha dedicado al estudio de los fenómenos que ocurren en la dinámica de los grupos, así como en las especificaciones con que estos funcionan. Uno de los aspectos analizados hace referencia a la eficacia de los grupos terapéuticos, asociando ésta con la orientación teórica desde donde se aplican. Una amplia investigación realizada por Guimón⁴¹ arroja interesante resultados, como por ejemplo, el hecho de que seis de cada diez terapeutas entrevistados indicaban operar desde una sola orientación teórica, mientras que cuatro de ellos aceptaban emplear referencias múltiples.

De todos los grupos considerados en la investigación, los conducidos con una orientación teórica única se distribuían de la siguiente manera: orientación únicamente psicodinámica 22,3%, orientación únicamente cognitivo – conductual

⁴¹ GUIMÓN José. Manual de Terapias de Grupo. Tipos, Modelos y Programas Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, 2003

13,2%, orientación únicamente sistémica, 9,7%, orientación únicamente humanista 7,0%; estas corrientes fueron consideradas como las más representativas.

El restante 40,5% correspondían a grupos con orientaciones teóricas múltiples. La investigación además arrojó, que las diferencias teóricas entre los terapeutas resultaban menos numerosas que las similitudes encontradas, tendiendo más bien hacia la convergencia en un modelo genérico.

Otros estudios comparativos⁴² demuestran que los resultados a nivel sintomático, entre grupos de orientación única y otros con aplicaciones eclécticas, no muestra diferencias significativas. Además se ha podido ver que los resultados beneficiosos de las psicoterapias se deben más a los factores comunes encontrados entre ellas; y que la orientación teórica explica simplemente, y de forma incompleta, lo que hacen en su trabajo. Se supone entonces, que los terapeutas tienden a aplicar o utilizar similares “ingredientes terapéuticos” que luego son explicados desde el lenguaje de la orientación que manejan.

Se reconoce entonces, la fuerte tendencia existente hacia la apertura de las barreras teóricas, de manera particular y especial en lo referente a las terapias grupales.

Persiste sin embargo, el temor a que esta apertura genere confusión y desorden a nivel teórico. De ahí se deriva un nuevo soporte para superar el eclecticismo técnico y elevarlo al nivel de un nuevo ente ordenado y bastamente sustentado, como proponen los movimientos hacia la integración.

3.4 Plan terapéutico grupal para mujeres que viven situaciones de violencia desde el modelo integrativo focalizado en la Personalidad

⁴² SMITH, M. L.; GLASS, G. V. y MILLER, T.I., The benefits of psychotherapy, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1980

Antes de adentrarnos en la descripción de la propuesta terapéutica, es importante, aunque ya ha sido ampliamente expuesto en capítulos anteriores, partir del concepto de violencia que nos permita enmarcarnos nuevamente en el tema. Así, podemos definir a la violencia como: La violencia familiar se define como un acto de un miembro de una familia u hogar contra otro miembro de la familia u hogar con la intención de causar daño físico, lesión corporal, agresión o agresión sexual, o que representa una amenaza que, con razón, hace que la persona tema que algún daño físico, lesión corporal, agresión o agresión sexual es inminente, excluyendo las medidas de defensa propia. La violencia doméstica o intrafamiliar es uno de los problemas más dolorosos y complejos con los que la sociedad ha coexistido, este tipo de violencia afecta a las mujeres y a su entorno familiar, es una acción destructiva que atenta contra la integridad física, sexual, psíquica (autoestima, autoimagen) de quien la sufre. Dentro del amplio espectro de la violencia intrafamiliar, uno de sus componentes más dañinos lo constituye la violencia emocional y psicológica. ***“Algunas veces, yo prefería que me pegue rápido pero lo peor era oírle insultarme, gritarme o amenazarme”***⁴³

Entendemos a la violencia psicológica como toda acción u omisión que cause daño a la autoestima y salud mental de otros miembros de la familia. Estos atentan contra sus derechos humanos. Según Susana Velásquez, la violencia psicológica, la agresión sexual, la humillación y el aislamiento al que son sometidas las víctimas producen efectos tan nocivos como las lesiones físicas observables.

Entre las formas más recurrentes de violencia emocional y psicológica encontramos burlas, ridiculización, indiferencia y poca afectividad, percepción negativa del trabajo de la mujer, insultos y humillaciones repetidamente en privado y en público, culpabilización de todos los problemas de la familia a la mujer, amenazas de agresión física y abandono, generar un ambiente de terror y alerta constante, estrategias de control como visitas improvisadas al lugar de trabajo, llamadas telefónicas, etc. Impedir la satisfacción de sus necesidades de sueño, comida, educación, amenaza con contar las intimidades o cuestiones personales reservadas, controlar con mentiras, contradicciones, promesas o esperanzas falsas, ataques a su

⁴³ Testimonio de una mujer acogida en Casa María Amor

personalidad, creencias y opiniones, amenazas de quitarle a los hijos/as, demostraciones de desprecio e irritación, aislamiento y prohibición de mantener contacto social o familiar, amenazas de suicidio o de muerte hacia ella y/o los niños/as, intimidación, expulsiones del hogar para ella y/o los niños/as o abandono, manipulación de los niños/as, etc. Las maneras en esta violencia se manifiesta pueden ser interminables a la hora de describirlas, pero con las que hemos mencionado se espera que el fenómeno este suficientemente ejemplificado.

Todo este conjunto de acciones provocan devastadores efectos para quien las sufre, los mismos que pueden incluir desde una serie de trastornos psicosomáticos tales como: úlceras, gastritis, cefaleas, dolores musculares, etc., hasta perturbaciones a nivel de la personalidad.

Respecto de lo psicológico se indica que la persona agredida puede presentar trastornos como temor, que constituye la reacción más común por las constantes amenazas y situaciones violentas vividas, inseguridad; la persona agredida se muestra indecisa e incompetente para la toma de decisiones, como consecuencia de la inestabilidad que tiene frente a la pareja y no saber cómo enfrentar el problema, sentimiento de culpa cuando la víctima asume que todo lo que le está ocurriendo es su responsabilidad y cree que de alguna manera merece ser castigada, vergüenza que se evidencia cuando se manifiesta con la tendencia a silenciar la situación que atraviesa, o con dificultad para expresar lo que le sucede, aislamiento cuando la víctima tiene la sensación de ser la única que tiene este tipo de problemas, por lo cual le resulta difícil pedir ayuda y existe una falta de empoderamiento, entendida esta última como la imposibilidad de tomar decisiones sobre su situación actual, debido a la gran inseguridad que presenta, baja autoestima, poca o escasa valoración sobre su propia persona, pérdida del amor y respeto a sí misma, lo que le genera problemas para desenvolverse en todos lo ámbitos de la vida.

Esta misma violencia psicológica, puede generar efectos nocivos relacionados directamente con el área de la salud. Podemos encontrar entonces, en muchos casos Depresión con sentimientos de profunda tristeza y pérdida de sentido de la vida,

dependencia emocional, verse la víctima limitada en su actuación, pensamiento y sentimientos, confusión de sentimientos que no permiten objetividad en el análisis de la realidad y en el proceso de toma de decisiones, etc.

La violencia, especialmente en lo que a su componente sexual se refiere, puede provocar como efectos en la mujer, el contagio de enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, ya que generalmente el agresor priva a la mujer de la oportunidad de protegerse, y por lo tanto, aumenta el riesgo de abortos espontáneos provocados; esto junto con todas las repercusiones posibles sobre la salud mental.

Además, podemos encontrar altos porcentajes de desórdenes alimenticios y el desarrollo de otras conductas nocivas como tabaquismo, alcoholismo y consumo de otras sustancias.

A pesar de ser múltiples y diversos los efectos de la violencia sobre una mujer, varios autores coinciden en que la consecuencia más devastadora hace referencia al hecho de ser víctima de violencia como tal. Es decir, el efecto más peligroso para la integridad de la mujer e incluso de su vida es la posición de víctima en la que ha sido colocada por parte del agresor o victimario. Susana Velásquez en su Texto intitulado “Sobre víctimas y victimarios (Primera parte)” hace un amplio análisis respecto del tema. En él, Velásquez propone que al hablar de víctima, se hace generalmente referencia y énfasis en el daño que se ha sufrido y sus consecuencias visibles y tangibles, más no a la violencia como tal. Esto podría favorecer que aquellas manifestaciones de la violencia que no son visibles, no se consideren como tales. Además, al hablar de la relación entre “víctima” y “victimario”, se sugiere una acción en la que el uno es totalmente pasivo y el otro es totalmente activo. Esta concepción obviamente excluye de la visión los complejos procesos incluidos en la victimización, así como tampoco contempla, la gran cantidad de estrategias que la mujer despliega para resistir a la violencia y mantenerse viva.

Desde una lectura de género, se empieza ya a reconocer la importancia de no utilizar más el término de “víctima” debido a las consideraciones expuestas anteriormente. Se propone más bien hablar de la mujer que ha sufrido violencia como

“sobreviviente”. Esta nueva visión ofrece una nueva perspectiva desde donde se puede percibir tanto a la victimización como a la supervivencia como procesos. Además permite que, la atención se centre ya no en el agresor como la persona quien ejerce la violencia y tiene la capacidad de obrar y transformar a alguien en víctima, sino precisamente en la persona que la experimenta y a su vez se convierte en la protagonista de su propia recuperación.

Se consigue así que la persona se identifique como alguien que ha sido víctima de violencia, pero a su vez, se produce automáticamente una proyección hacia el futuro luego de desarticularse a sí misma de la escena traumática de la agresión. *“Ella es “mucho más” que lo que un otro le hizo. Por eso es imprescindible incluir los acontecimientos violentos padecidos en una biografía más amplia de vida. Y esa es una de las tareas de quien presta asistencia”*.⁴⁴ Sin embargo, algunos autores, objetan la concepción de sobreviviente considerando que aunque ambos procesos, el de victimización y el de supervivencia puedan incluso coexistir, muchas mujeres no logran sobrevivir a la violencia sistemática. Un gran porcentaje puede sufrir lesiones invalidantes, trastornos irreparables o incluso la muerte.

La violencia experimentada de manera cotidiana, continua, permanente y sistemática, tiene la capacidad de convertir a la persona en un ser pasivo, debilitando sus capacidades de respuesta y autoprotección, especialmente por la imposibilidad de predecir los episodios de violencia. El desgaste y el cansancio emocional hacen que muchas mujeres literalmente, opten por dejarse morir. *“Cuando recién comenzó a golpearme, yo me defendía; pero después, solo pensaba que el martirio acabaría cuando por fin me matara”*⁴⁵

A pesar de estas consideraciones, lograr la transición de la postura de víctima a la de sobreviviente, continúa siendo, como consenso y objetivo primordial de los procesos de recuperación, así también, en el que estamos presentando.

Algunas consideraciones para el Programa Terapéutico

⁴⁴ VELÁSQUEZ, Susana, Sobre víctimas y victimarios (Primera parte)

⁴⁵ Testimonio de una mujer acogida en Casa María Amor

Como ya hemos mencionado, las familias que experimentan maltrato, especialmente las mujeres que han sido maltratadas, tienen necesidades especiales y múltiples. Una de ellas es la necesidad imperiosa de saber que no están solas y que existe ayuda (información precisa, recursos y personas dignas de confianza) disponible las 24 horas del día, los 365 días del año. *“la violencia es como un monstruo que no descansa ni de día ni de noche”*⁴⁶

En este hecho radica la importancia de la existencia de casas de refugio para mujeres golpeadas y sus hijos e hijas. Generalmente son la opción para aquellas mujeres que han perdido apoyo en sus redes sociales o éstas simplemente han sido destruidas por el aislamiento generado por el agresor. Se trata de que éstas, puedan convertirse en un lugar en donde las personas agredidas encuentren seguridad, cobijo y sobre todo calidez humana. Brindar un espacio de seguridad y paz, debe necesariamente ser uno de los primeros requerimientos de un programa de intervención. Además de esto, reconociendo que son múltiples las necesidades, se debe recalcar que un programa de intervención para mujeres maltratadas debe ser concebido como un programa integral de apoyo médico, social, legal, infantil y por supuesto psicológico.

Anteriormente, hemos expuesto también la recomendación y la conveniencia de que este apoyo psicológico, incluya la recuperación y el desarrollo de los diferentes componentes de la psique del individuo. Así, el programa a continuación, planteado desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad, intentará ofrecer una completa propuesta de evaluación, diagnóstico y tratamiento para mujeres que han sido víctimas de violencia intrafamiliar.

En este programa, a través de distintas estrategias y técnicas terapéuticas tales como la reestructuración cognitiva, la relajación, el entrenamiento en habilidades sociales y solución de problemas, el refuerzo positivo, entre otras, pretende ayudar a las mujeres, no solo a disminuir su sintomatología, su sensación de indefensión y aumentar su autoestima y apoyo social, sino a un cambio de actitudes y conductas que le posibiliten mayor empoderamiento y control de su propia vida. El programa trata de validar la experiencia de la mujer y fomentar su independencia, recuperando así el control de su vida y ayudándole a que utilice estrategias que la sitúen en una posición de mayor poder y toma de decisiones.

⁴⁶ Testimonio de una mujer acogida en Casa María Amor

La terapia grupal, como sostienen varios autores, ha demostrado brindar excelentes resultados en cuanto al soporte emocional de la mujer. Entre los objetivos de esta propuesta terapéutica se encuentra el fortalecimiento a través del intercambio con pares que padecen el mismo problema. Además se consigue salir del aislamiento al que generalmente han sido sometidas por el agresor, sintiéndose apoyadas en las demás integrantes del grupo. Se trata de generar en la mujer maltratada sentimientos de confianza respecto del conocimiento y expresión de sus derechos y su autoridad como individuo, así como, hacer valer sus necesidades como persona. La terapia grupal para mujeres maltratadas es más eficaz cuando forma parte de un programa global que proporciona asistencia médica, ayuda de emergencia, consejo legal, acceso a guarderías y ubicación laboral. Esto es, lo que se procura ofrecer en el ambiente de la Casa María Amor.

3.4.1 Las dimensiones constitutivas – Algunas consideraciones para el dispositivo terapéutico

Como hemos mencionado anteriormente, las dimensiones constitutivas de un grupo terapéutico, hacen referencia a las especificaciones sobre el formato del dispositivo como tal. Dentro de esta categoría encontramos 5 elementos, a saber, Objetivos, Extensión del grupo, Composición, Duración y Reglas de funcionamiento. Para establecer las características del programa dentro de esas dimensiones, ha sido obviamente, necesario e indispensable identificar al grupo y al contexto en el que se desarrollará el mismo. Por ejemplo, bien sabemos que existen amplias diferencias entre un grupo terapéutico con pacientes depresivos ambulatorios y otro para el mismo problema pero con pacientes en hospitalización. Así también debemos recalcar que este programa ha sido diseñado para su aplicación dentro de la dinámica de una casa de acogida para mujeres han sido víctimas de Violencia Intrafamiliar y sus hijos e hijas. Este encuadre atraviesa necesariamente la determinación de todas las dimensiones estructurales, como mostramos a continuación.

- **Objetivos.-** Ya lo hemos dicho y nos ratificamos, el objetivo de ese grupo terapéutico es **lograr que las mujeres acogidas en Casa María Amor por haber vivido situaciones de violencia puedan hacer la transición desde el**

papel de víctima al de sobreviviente. Considerando la descripción utilizada por Fernández Álvarez, decimos que este objetivo es de tipo semiabierto en cuanto su formulación. Si bien es cierto, que se enmarca dentro de una problemática específica, no se enfoca estrictamente sobre alguno de sus efectos o de los síntomas que estas mujeres puedan presentar. Permite así abordar la problemática desde sus diversas aristas. Este tipo de formulación, con este nivel de focalización, suele ser el adecuado cuando se trabaja en transiciones de la experiencia vital o social.

- **Extensión.-** En referencia al número de participantes que el dispositivo contiene, debemos decir que el número varía de acuerdo a las mujeres que se encuentren acogidas. El número puede variar, incluso en cada sesión. Sin embargo, es posible contar con un promedio de 12 participantes. Este número de participantes se considera adecuado dado el grado de focalización del objetivo. Tanto el ingreso como el egreso de la casa son totalmente voluntarios y dependen exclusivamente de la decisión de la mujer, anteponiéndose en ocasiones incluso a las recomendaciones del equipo. Cada mujer que ingresa a la casa, está invitada a formar parte del grupo terapéutico cuyo funcionamiento está involucrado en la programación general de la casa. En ocasiones, la sesión de terapia grupal es la primera intervención que la paciente tiene con las terapeutas, incluso antes de haberse realizado una sesión individual o haberse obtenido un diagnóstico. Las mujeres que deciden abandonar la casa y por lo tanto el grupo, tienen el compromiso de informar a las demás compañeras sus motivos para la salida. Esto previene la desestabilización o desintegración del grupo. Por estas consideraciones, es necesario mantener un formato abierto en cuanto a la participación.

- **Composición.-** Los grupos pueden ser calificados como homogéneos (participantes con ciertas similitudes) o heterogéneos (participantes con muy pocos puntos en común). En el caso particular de este programa, se trabaja con un grupo artificial en el que muchas variables se entrecruzan. Encontramos **heterogeneidad** en aspectos como la edad, el nivel de instrucción, personalidad, número de hijos, entre otros. Otro elemento

heterogéneo corresponde al grado de avance que las mujeres tengan en sus propios procesos. El tiempo dentro de la casa de estadía es muy variable, pudiendo ser comprendido desde un día como en el caso de mujeres que hacen uso del servicio en momentos de emergencia o crisis; hasta períodos de un año, cuando la reorganización resulta más compleja, y especialmente luego de que se ha decidido no regresar con el agresor y emprender una nueva vida por sus propios medios. Es así que, una mujer que se encuentra inmersa en el proceso, ha conseguido ubicarse laboralmente, ha avanzado en su proceso legal y ha alcanzado un nivel considerable de recuperación y empoderamiento, puede identificarse con una mujer ingresada recientemente y reexperimentar su experiencia traumática, aunque desde una perspectiva diferente por supuesto. Resulta ideal entonces, que el grupo lo formen miembros con distintas fases de resolución de los problemas. De esta forma, una mujer que ya ha logrado encontrar un empleo y superar sus sentimientos de desesperanza y dependencia del marido, sirve como modelo para la mujer que todavía vive con su marido y presenta moretones de un reciente ataque. Los criterios de **homogeneidad** se han encontrado respecto del sexo, la condición socio económica, la ocupación, la experiencia terapéutica y el tipo de demanda. Ciertamente es que la Casa María Amor, al ser obra social de la Vicaría de Pastoral Social de Cuenca, recibe en ocasiones a personas que no necesariamente remiten VIF sino que solicitan ayuda por migración interna, refugio o situaciones de salud. Sin embargo, al explorar la historia personal es fácil identificar algún tipo de violencia que las sitúan como aptas para participar del grupo. La focalización en el tema de La Violencia ofrece el grado óptimo de homogeneidad.

- **Duración.-** Hace referencia a la frecuencia, duración y número total de sesiones. La terapia de grupo debe estar acorde con la planificación general de la institución. Podría pensarse, que tratándose de un contexto de acogida, existe total disponibilidad en los horarios de las mujeres, sin embargo esto no ocurre así. A lo largo de la semana se cuenta con variadas actividades para las mujeres, las cuales pueden incluir trabajo, reuniones, talleres de formación, citas con el resto del equipo, actividades sociales y recreativas, cuidado de los niños, turnos rotativos de limpieza, entre otras. En las semanas en que esta

planificación lo permite, se aplican dos sesiones (martes y jueves); de lo contrario el grupo se reúne solo el día destinado para ese efecto (jueves). Las sesiones empiezan luego de la cena, que se adelanta en estos días para asistir a “noche de terapia” como algunas la llaman. Tienen una duración de una hora y treinta minutos, luego de los cuales, las mujeres van juntas a acostar a los niños/as.

- **Duración Total.-** Respecto del número total de sesiones, creemos conveniente mantener un programa prolongado, es decir, sin un tiempo límite. A lo largo de nuestra experiencia, y en base al soporte bibliográfico, cada vez nos convencemos de una realidad...; salir de la violencia no es un objetivo fácil de conseguir. Para que una mujer pueda sentirse totalmente libre de la influencia de la violencia vivida puede pasar mucho tiempo, incluso años. Muchas mujeres, especialmente aquellas que no presentan una demanda propia de ayuda, pueden necesitar mucho tiempo, incluso para poder cuestionar la perspectiva cultural de la violencia como “normal” y poder identificarse a sí mismas como víctima de violencia. Es por esta consideración que resulta imposible determinar un número de sesiones como ocurre con otros programas de terapia grupal, por ejemplo, en el caso del abordaje de ansiedad debido a que se considera al proceso como individual y dependiente de muchos otros factores propios de cada paciente. Se considera apropiado considerar a la terapia grupal como una importante e imprescindible parte de un completo proceso de recuperación; permanente pero no limitado.

- **Reglas de Funcionamiento.-** Se incluyen en este criterio todas aquellas normas operativas que permiten un funcionamiento adecuado del grupo. Para provocar un mayor involucramiento de las participantes en el programa, las reglas han sido definidas entre todas las participantes dentro de una de las primeras sesiones, teniendo en cuenta aquellas especificaciones que estructuran necesariamente un formato de terapia grupal y que son sugeridas por la terapeuta.

Fernández Álvarez, propone que en un formato de terapia grupal deben ser contempladas además las Dimensiones Dinámicas de Cohesión, Movilidad y Clima Grupal. Estas dimensiones serán analizadas en el capítulo siguiente, referente a los resultados luego de aplicado el programa.

3.4.2 La evaluación previa

Cuando una persona ingresa a la Casa de Acogida, el equipo de acompañamiento se dispone para iniciar las intervenciones con ella. Es el tiempo correspondiente a lo que conocemos como inicio del proceso, en que las profesionales se dedican a la labor de recolectar datos y obtener diagnósticos. Esto por supuesto, siempre y cuando el estado emocional de la mujer lo permita. Igual ocurre con el trabajo psicológico.

Sin embargo, como hemos mencionado antes, algunas mujeres pueden haber ingresado el mismo día de la terapia grupal y puede participar aunque aún no se haya realizado su diagnóstico. Este diagnóstico será una prioridad para los días siguientes, no pudiendo exceder de una semana.

Dentro del Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad, varios instrumentos han sido diseñados para el trabajo de psicodiagnóstico. Otros instrumentos, validados y conocidos en la comunidad psicológica general, han sido evaluados y adaptados para ser utilizados dentro del modelo.

Entre aquellos propios del modelo, encontramos la primera Guía, la Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica FIEPS⁴⁷, que se diferencia del formato común de Historia Clínica, derivada de la evaluación psiquiátrica hospitalaria por incluir datos de significativa importancia para el trabajo psicoterapéutico como tal.

En su estructura el instrumento investiga:

1. DATOS INFORMATIVOS.- Se recogen datos como nombre, edad, estado civil, lugar y fecha de nacimiento, residencia, dirección, teléfono, instrucción, ocupación, sueldo, informante, y tipo de consulta (ambulatorio, hospitalizado, acogida).

⁴⁷ Anexo 1

2. DEMANDA.- Analizada en dos niveles: Explícita (quien pide ayuda y qué desea) e Implícita (o latente, producto de la subjetividad del terapeuta). Se analiza además el Origen de la demanda (paciente, familiar, profesional, otros)
3. ANTECEDENTES DISFUNCIONALES.- Describe la evolución del problema, enfermedad o trastorno, en este caso VIF.
4. BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA PERSONAL.- Corte longitudinal de la historia personal, incluye antecedentes biológicos y socioculturales)
5. HISTORIA PSICOLÓGICA FAMILIAR Y/O GENOGRAMA.- Normal o patológica
6. RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS
7. APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA.- Realizada también en dos niveles.- DIAGNÓSTICO FORMAL (Nosológico-Descriptivo; Cuadro Clínico) y DIAGNÓSTICO INFORMAL (Descriptivo de la personalidad o rasgos de personalidad)
8. CRITERIOS PRONÓSTICOS.- Accesibilidad al tratamiento – psicoterapia o asesoramiento.

En la Guía No. 2 o SINTESIS VALORATIVA Y DIAGNÓSTICA DE COMPONENTES BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES, se realiza un exhaustivo análisis del diagnóstico. A nivel del diagnóstico formal o del trastorno, se analizan los factores biológicos, sociales y familiares influyentes en el trastorno. Además se investiga la atribución del trastorno y el locus de control.

En cuanto al diagnóstico informal se describen los estilos cognitivos, factores favorecedores y obstaculizantes, factores conscientes e inconscientes influyentes en la personalidad y las características del paciente.

En su última sección, la guía recoge decisiones sobre el tratamiento psicoterapéutico como: si el/la paciente es o no susceptible del mismo, si se requiere de tratamiento mixto (psicoterapia, biológico, social, etc.) el tipo de intervención requerida (individual, de pareja, familiar, grupal o institucional. Además se prevén las dificultades que pudiera tener el proceso.

La Guía No. 3 o de PLANIFICACIÓN DEL PROCESO consta de cuatro elementos:

1. Formulación dinámica del Trastorno o Problema.- Describe la relación dinámica del trastorno y su evolución
2. Descripción de la personalidad.- Descripción dinámica de las características del paciente
3. Señalamiento de objetivos.- De acuerdo a los criterios diagnósticos se establecen los objetivos terapéuticos de acuerdo con el/la paciente:
 - 3.1 Con relación a la problemática
 - 3.2 En relación con la sintomatología o trastorno
 - 3.3 En relación al conocimiento de su personalidad y generación de cambios.
4. Señalamiento de técnicas.- Tipo de técnicas a aplicarse en base a los objetivos

En la Guía No. 4 o de EVOLUCIÓN, EJECUCIÓN Y APLICACIÓN TÉCNICA se registra la evolución del proceso con tres elementos: Fecha, Evolución y Ejecución Técnica. Este formato es comúnmente empleado en abordajes individuales, sin embargo se considera útil también para registrar la evaluación del grupo terapéutico.

A pesar de que la Casa de Acogida “María Amor” cuenta con una población relativamente homogénea respecto de características como nivel socio económico y problemática, muchos aspectos pueden poner grandes diferencias entre cada mujer usuaria del servicio.

Cada mujer representa un universo único, caracterizado por una única e irrepetible historia personal y familiar. Así, podemos encontrar diferencias significativas en elementos básicos como edad, nivel de instrucción, número de hijos, estado civil, estado general de salud, etc.

Incluso existiendo una problemática similar, y aunque el gran eje común que atraviesa la vida de las mujeres usuarias de los servicios de Casa María Amor sea la Violencia Intrafamiliar, esta misma violencia puede tener características que la hacen única; así encontramos diferencias en cuanto al inicio de la relación, el tiempo de aparición de las conductas violentas, los efectos y su gravedad, el nivel de conciencia

sobre problema, las explicaciones dadas al mismo, las estrategias de resolución empleadas, el nivel de indefensión, etc.

Como hemos explicado en capítulos anteriores, son muy diversos los efectos psicológicos que la violencia desencadena en una mujer que los sufre. Por esta razón como es obvio suponer, la aplicación de un dispositivo terapéutico debe necesariamente ser precedida por una etapa diagnóstica, que permita conocer el estado general de la población a la que será aplicado dicho dispositivo.

Así como múltiples son los efectos de la violencia, múltiples son también los instrumentos con los que cuenta la psicometría para evaluarlos. La selección de los instrumentos a aplicarse, ha sido un trabajo realizado en función los criterios empleados para la validación de los mismos y el reconocimiento que ellos tienen en el ambiente profesional. Por ello se han elegido reactivos enfocados a evaluar los principales efectos que se espera serán trabajados en el programa. Para evaluar niveles de depresión se ha seleccionado el Inventario de Depresión de Beck; los niveles de ansiedad serán evaluados con el Inventario de Ansiedad de Hamilton, la autoestima de las pacientes será investigada con el Inventario de Autoestima de Cirilo, Toro, y la Personalidad se registrará mediante el Cuestionario de Personalidad de la SEAPsI.

Sin embargo, el programa buscará en su aplicación, no solo conseguir cambios a nivel psicopatológico. Buscará además promover en las mujeres que participen del mismo, la instauración de una visión de género que les permita evaluar la violencia y su recuperación desde esa nueva perspectiva. Por lo tanto, el estado general del grupo sobre el conocimiento, las concepciones, los mitos y demás existentes en cuanto al género concierne, deben ser también evaluados en principio. Esta evaluación se realiza dentro de los antecedentes disfuncionales y la biografía psicológica personal.

El conocimiento obtenido gracias a la investigación bibliográfica y teórica, pero sobretudo gracias a la experiencia del trabajo con mujeres en situaciones de violencia, nos permite diseñar este programa en base a los datos obtenidos en los procesos realizados anteriormente con más de 160 mujeres. Podemos confiar

entonces, en que conocemos las principales necesidades y el tipo de abordaje que se requiere para esta problemática. En el capítulo a continuación describiremos ampliamente los datos obtenidos de las personas que participaron del programa. Sin embargo, en este espacio nos ocuparemos de la PLANIFICACIÓN DEL PROCESO para lo que emplearemos la sesión correspondiente del formato antes descrito.

3.4.3 Planificación del proceso

1. Formulación Dinámica del Trastorno o Problema.- Describe la relación dinámica del trastorno y su evolución

De manera casi imperceptible, el desequilibrio de poder se va instaurando en una relación de pareja. Las bases para que este proceso sea posible, no se establecen con la relación violenta. Incluso desde el nacimiento, el “caldo de cultivo” propicio, se va fraguando tanto para el victimario como para la víctima en potencia. Desde el momento en que una criatura nace, su sexo determina una carga de imaginarios sociales que le son asignados casi automáticamente. Así, el entorno social configura el género. Roles diferentes son asignados tanto al niño como a la niña respecto de su sexo. Así, a la niña se le asigna un rol generalmente pasivo frente a rol activo que se le da al varón. En la niña se instauran conductas de sumisión, fragilidad, dependencia y obediencia, elevándolos a la concepción de “valores femeninos” mientras lo contrario se le enseña al varón respecto de conductas de fuerza, decisión e incluso agresión.

Si bien este bagaje cultural no es determinante para producir una víctima potencial de violencia, a este se le suman otras variables sociales, familiares y de aprendizaje que coaccionan para crear condiciones de vulnerabilidad. Entre estas variables podemos contar la presencia de violencia en la familia de origen, tanto para el varón como para la mujer, como uno de los principales factores de riesgo. Entre otros elementos involucrados en el aprendizaje de la conducta violenta, se da a través de los medios de comunicación masiva, en la escuela, en las calles, mediante el refuerzo positivo de los padres al premiar conductas agresivas en sus hijos, el maltrato infantil, etc., a través de los cuales el niño aprende a responder con violencia

a situaciones frustrantes o peligrosas. Ninguna de estas condiciones es determinante pero aumentan las probabilidades de que el niño se convierta en un adulto violento.

En este contexto, la víctima en potencia tiene altas probabilidades de repetir este estilo de relación en las que ella pretenda mantener a futuro.

El varón por su lado, tiene instaurada la relativa permisividad y la aprobación de emplear la violencia como característica “innata” de la masculinidad.

Se establece bajo estas condiciones una nueva relación en la que las tensiones cotidianas resultan imposibles de manejar desde procesos como la discusión, diálogo o mediación. La posición masculina no se impone automáticamente. La mujer pone en juego varias estrategias que poco a poco deben ser aplacadas... desde el poder. Se consume así, el largo y destructivo proceso de victimización como un encadenamiento de momentos, palabras, gestos, silencios, miradas, conductas expresadas en situaciones de frecuencia e intensidad variables. Algunas de ellas pueden resultar incluso imperceptibles y otras presentarse abiertamente en forma de insinuaciones, insultos, rechazos, entre otras, sin embargo constituyen desde ya técnicas sutiles de violencia que poseen la capacidad de generar efectos de desvalimiento y vulnerabilidad. Las estrategias de movilización y defensa de la víctima, resultan cada vez menos útiles para manejar la aparición de estas conductas, creando la sensación de ineptitud e indefensión. Al ser variable la intensidad de las manifestaciones violentas, éstas se alternan de manera impredecible pero sistemática, con episodios de contacto físico agresivo como empujones, bofetadas, puñetazos, patadas o todos juntos en un mismo episodio. El proceso de victimización se consume y las amenazas, las palabras hirientes, la intimidación, la coerción, las armas; presencias tan violentas como las agresiones físicas o sexuales se vuelven parte de la cotidianidad para la víctima.

A pesar de la violencia y el sufrimiento presentes en el ambiente, a la víctima no le es sencillo terminar con la relación. Las manifestaciones violentas se alternan con demostraciones de afecto y arrepentimiento; los insultos y amenazas coexisten con recompensas y promesas de cambio. No es tarea de este trabajo, debatir sobre la veracidad de este arrepentimiento, sin embargo, este no resulta permanente y genera en la víctima fuertes sentimientos ambivalentes y sentimientos contradictorios,

dándole la falsa percepción de control sobre la relación violenta, haciendo nuevamente imperceptibles las manifestaciones sutiles hasta que se presenta un nuevo episodio grave de violencia física.

Los efectos de este proceso de victimización y de la violencia reiterada se expresan en la totalidad biopsicosocial de la persona, con perturbaciones del aparato psicomotor (dificultad para defenderse) y de la capacidad de raciocinio (dificultades para el registro de que se avecina un nuevo ataque, por ejemplo), cuyas manifestaciones son sentimientos de extrañamiento, confusión y alteraciones de la percepción del propio cuerpo. El efecto del traumatismo excesivo sumergirá a la mujer violentada en un estado de desvalimiento psíquico, relacionado con la impotencia de no poder controlar la situación y con un largo proceso de padecimiento debido a las violencias de creciente compromiso emocional y físico.⁴⁸

El compromiso físico puede incluir moretones, hematomas, fracturas, laceraciones, heridas, asfixia, quemaduras, entre muchos otros motivos de intervención médica, junto con los que se desarrollan trastornos en el ámbito de la salud mental como cuadros ansioso depresivos, o variaciones del cuadro de estrés postraumático. El psiquismo de la mujer se ve seriamente afectado con sentimientos de minusvalía, impotencia y culpa. La percepción y el concepto de sí misma se encuentran deteriorados. La víctima ha perdido la seguridad y la confianza en sí misma. Desea escapar pero la sensación de desamparo y soledad la hacen desistir. Para este momento, el agresor ha destruido las redes sociales de apoyo que pudiera haber tenido la mujer y la sensación de estar sola puede ser real. El nivel de angustia es cada vez más alto y permanece por períodos de tiempo más prolongados. La violencia se vuelve innombrable. No se puede hablar de ello por la vivencia real o imaginaria de estar en peligro... siempre; como si se tratara de un cuento de terror donde el monstruo aparece al nombrarlo. No se puede contarlo a nadie; seguramente se pondría en peligro a la otra persona, o no lo creerían o simplemente a nadie le interesaría. La autoestima se deteriora por las constantes humillaciones surgiendo así sentimientos de auto desprecio, asco, culpa y desesperanza.

Esta secuencia de hechos, circunstancias o actos producen daños, perjuicios, menoscabo y sufrimiento; y frente a ellos la víctima, en ocasiones, no puede

⁴⁸ VELÁSQUEZ, Susana, Sobre víctimas y victimarios (Primera parte)

reaccionar para evitar el ataque o su reiteración, pudiendo llevarla incluso a la muerte. Sin embargo, la mujer puede recurrir a sus más profundos recursos psicológicos que aún no han sido dañados, pudiendo así resistir, negociar, defenderse, huir, pedir ayuda. Es aquí cuando podemos intervenir.

2. Descripción de la personalidad.- Descripción dinámica de las características del paciente

Históricamente, se ha intentado explicar la violencia desde una perspectiva que responsabiliza a la víctima de la misma. Parte de esta visión, se intenta ver a la mujer como “loca”, “histérica” y otras condiciones que justifiquen la violencia cometida en su contra. Como menciona Consuelo Barea,⁴⁹ la sociedad generalmente intenta encontrar un “retrato robot” de la mujer maltratada; un molde o un esquema de explicación que determine cierta predisposición a convertirse en víctima de violencia.

Se refuerza esta línea de pensamiento cuando se comparan las perturbaciones prevalentes entre la mayor parte de los casos, en donde la depresión y el estrés postraumático son altamente frecuentes. Sin embargo, el hecho de la alta frecuencia en la repetición del diagnóstico no indica de manera alguna elementos predisponentes sino que al contrario, confirma el efecto nocivo de la violencia.

Cada vez más estudios confirman la premisa de que CUALQUIER MUJER, más allá de su condición social, raza, credo, nivel de educación, edad, etc. está expuesta a ser víctima de violencia; especialmente si atraviesa por un proceso sistemático de victimización y trato degradante.

Ocurre lo mismo cuando se trata de hablar de rasgos de personalidad. No se puede hablar de una personalidad premórbida predisponente o vulnerable para convertir a la persona en víctima. Barea propone hablar no de una personalidad previa, sino de una “victimización previa” como factor que predispone a los malos tratos. Sin embargo, desde el Modelo Integrativo el conocer los rasgos de personalidad de la mujer

⁴⁹ BAREA, Consuelo. Manual para mujeres maltratadas (que quieren dejar de serlo). Ed. Océano, España, 2004

víctima de maltrato nos permite lograr un acercamiento más certero en la relación del terapeuta-paciente, de ahí la importancia de reconocer los rasgos más característicos de la personalidad que nos permitirán entender su conformación, estructuración a través de su historia personal, influencias familiares, ambientales, entre otras que han facilitado la permanencia de situaciones de violencia.

La consideración de la personalidad es relevante además para determinar las características que deben primar en el tipo de acercamiento a cada paciente según el tipo, influyendo en la relación terapéutica a establecerse. Así por ejemplo, el acercamiento a personalidades de tipo Histriónica y Ciclotímica, deberá ser mediante la utilización de fenómenos afectivos; el acercamiento a personalidades como la Paranoide y la Anancástica, se facilitará a través del empleo de fenómenos cognitivos y el empleo de juicios y razonamientos. Un acercamiento enfocado hacia lo comportamental, haciendo uso de comunicaciones concretas y directas, se recomienda con personalidades donde predomina la agresividad y la impulsividad, como es el caso de la personalidad Inestable y el Trastorno de Personalidad Disocial.

En el caso de las personalidades Esquizoide, Evitativa Dependiente, en donde es frecuente la presencia de conflictos interpersonales, es recomendable un manejo tolerante y, aunque amistoso, debe ser distante.

Tener en cuenta estas especificaciones, constituyen un elemento fundamental y a la vez favorecedor del proceso terapéutico.

El daño psicológico resultante de la violencia sistemática, no sólo es el resultante de un acontecimiento inesperado y sorpresivo, sino que suele presentarse como el efecto de un proceso de erosión lenta y persistente, que va lesionando la estructura física y psíquica que puede resultar hasta más devastador. Hablamos entonces de un tipo de lesión funcional que supone una perturbación patológica de la personalidad de la víctima, que altera el equilibrio básico del sujeto.

Como ocurre con la prevalencia de la depresión o la sintomatología ansiosa, algunos rasgos de personalidad suelen frecuentemente ser encontrados en las mujeres al momento de la evaluación. En el capítulo siguiente serán presentados estos resultados de manera estadística. En este apartado nos interesa describir aquellos

rasgos que las mujeres acogidas en la Casa María Amor describen con mayor frecuencia.

Rasgos de personalidad evitativa.- Con frecuencia las mujeres demuestran hipersensibilidad a las críticas y desaprobación, consecuencia directa de la desvalorización constante a la que han venido siendo sometidas. Les cuesta mucho trabajo volver a establecer relaciones íntimas y confidentes. Fruto del aislamiento, generalmente no han participado de actividades sociales complejas desde hace mucho tiempo por lo que inicialmente se presentan conductas de evitación. La autoconfianza se ha visto debilitada existe un persistente temor a sentirse avergonzadas o ridiculizadas

Rasgos de personalidad dependiente.- Las actitudes del agresor tienen la finalidad de fomentar dependencia en la víctima para lograr sumisión, obediencia y control. Como consecuencia de estos hechos y sentimientos, estas mujeres viven en esas condiciones de desvalimiento psíquico, que ya mencionamos, que pasarán a formar parte de su modo de existencia cotidiana, llevándolas a profundas vivencias de soledad y desamparo. Presentan una marcada dificultad para la toma de decisiones o iniciar proyectos nuevos. No creen que sean capaces de conseguirlo por sí mismas. Generalmente remiten temor de ser abandonadas y gran sensibilidad ante las críticas y la desaprobación social.

Rasgos de personalidad ciclotímica.- Las oscilaciones en el estado de ánimo son bastante frecuentes. Un día la mujer puede disfrutar de la dinámica y de la convivencia de la Casa, mientras que al otro día puede presentar llanto profuso con ideas recursivas y pensamientos distorsionados que refuerzan los estados depresivos. Esta estructura cíclica de personalidad se asocia muchas veces a la estructura también cíclica de la violencia. El apoyo emocional es una de las intervenciones más recomendadas para el equipo a cargo de la casa de acogida. La correlación entre ambos elementos podría ser por sí mismo otro tema de investigación.

En otros casos, aunque en menor grado podemos encontrar rasgos histriónicos, esquizoides, paranoides e inestables.

Es necesario recalcar una vez más que, estos rasgos se han detectado como parte de la evaluación realizada cuando una mujer busca ayuda en la Casa de Acogida; es decir, luego de que la violencia se ha instaurado. Estos rasgos, que en su mayoría se consideran desadaptativos se configuran como efecto del maltrato. A las mujeres les es muy difícil plasmar en el relato elementos que den cuenta de la personalidad premórbida, sin embargo, a pesar ello, muchas coinciden en una frase casi generalizada... **“yo antes no era así; yo era feliz”**

3. Señalamiento de objetivos.- Como hemos mencionado anteriormente, el objetivo fundamental del programa se establece en lograr que las mujeres acogidas en Casa María Amor por haber vivido situaciones de violencia, puedan hacer la transición desde el papel de víctima al de sobreviviente. Sin embargo es necesario desagregar este gran objetivo, en objetivos específicos, para dar respuesta a todas las aristas que están comprometidas en la problemática de violencia. Estos objetivos se formulan en base a los diagnósticos obtenidos y en consideración de las expectativas de la paciente a quien se dirija la intervención. En el Modelo Integrativo basado en la Personalidad, los objetivos terapéuticos se plantean en tres niveles: con relación a la problemática, en relación a la sintomatología o trastorno y en relación al conocimiento de su personalidad y generación de cambios.

3.1 Con relación a la problemática

- **Favorecer en las participantes, la expresión verbal y emocional del evento traumático experimentado, expresión de sentimientos a través del relato.-**

El grupo terapéutico se convierte quizá, para muchas mujeres que han sufrido violencia de género en la familia, en el primer lugar en donde pueden hablar de su experiencia, sin temor a lo que pueda ocurrir como consecuencia. Muchas de ellas nunca han podido comentarlo con ninguna persona, siendo inducidas u obligadas a callar en función de amenazas, intimidaciones o más sutiles justificaciones como “el pudor”. Otras, por otro lado, se han enfrentado a la posibilidad de ser culpabilizadas, juzgadas o simplemente no creídas. En otros casos, se ve la influencia de personas cercanas a la víctima quienes le “aconsejan” no hablar más; quizá desde la errónea creencia de que aquello que no se dice duele menos. Muchas han sido las maneras,

en que por mucho tiempo se ha intentado mantener en silencio, la voz de las mujeres, y especialmente si de violencia se trata.

Es justamente este silencio, el que va generando sentimientos potencialmente destructivos y nocivos para la víctima; aquellos como odio, resentimiento, dolor o deseo de venganza.

Es por eso que la expresión de los eventos y los sentimientos relacionados con los mismos, se convierte en el primer objetivo del tratamiento. Brindar a la víctima un lugar en donde poner en común la experiencia alivia la confusión y culpa individuales. El grupo terapéutico ofrece un espacio de escucha, de credibilidad y de respeto que provee confianza y seguridad que la víctima necesita. Se recupera así el “poder decir”; capacidad que le ha sido negada por el agresor.

- Promover el reconocimiento de la mujer como víctima de violencia.-

Dentro del entramado de los efectos de la violencia de género, encontramos una mezcla de emociones y sentimientos, que en ocasiones pueden resultar muy difíciles de identificar para la mujer. Entre ellos, los dos extremos más representativos hacia donde es necesario enfocar el tratamiento, son la culpa y curiosamente... el amor.

Muchas mujeres, aún a pesar de haber sido violentadas brutalmente, no pueden reconocer la responsabilidad del agresor en relación al hecho y resultan culpabilizándose a sí mismas por el hecho. Los mitos relacionados con el poder del hombre para decidir y actuar sobre el cuerpo de la mujer, le otorgan la capacidad de violentarlo en honor a justificadas razones como disciplina, posesión, derecho, etc. Esto provoca que las mujeres frecuentemente se expliquen el hecho desde frases como: *“pero él si me dijo que no saliera”, “yo no debí, porque yo ya sé como es él”, “pero si yo, no hubiese hablado”, “pero si yo, no hubiese salido, a lo mejor no me pegaba”*; entre muchas otras, que encierran la esencia de la culpa.

Es necesario por lo tanto, promover que la mujer pueda reconocer, en primer lugar, la naturaleza abusiva del ataque y que éste no ha sido provocado. Se requiere enfatizar sobre la responsabilidad del victimario en los hechos, así como en las consecuencias del mismo. Debe aprender a cuestionar la “naturalidad” de los hechos y las conductas del agresor.

Más allá de las consideraciones que anteriormente hemos hecho, sobre la utilización del término “víctima”, consideramos que en un primer momento, resulta de mucha utilidad, emplearlo en tiempo pasado (fui víctima de violencia). Esta frase promueve el reconocimiento de la presencia de un otro quien violenta, y la no responsabilidad de la víctima sobre el hecho.

Es necesario que al referirse a los ataques, las participantes usen los términos apropiados; es decir, hablar de violencia o violación aunque resulte doloroso.

- Ser un espacio de contención y sostén emocional.-

Como consecuencia de los dos objetivos anteriores, muchas emociones pueden desencadenarse.

Uno de los efectos inherentes a la dinámica grupal se refiere a que el grupo de compañeras se convierte en la principal fuente de apoyo para quien comparte la experiencia. La comprensión de las demás, contribuye a la expresión y posee a su vez un valioso efecto terapéutico. La paciente es así libre de expresar sus emociones procurando evitar pensamientos o sentimientos negativos al respecto.

- Lograr un conocimiento lo más completo posible, sobre la violencia de género en la familia.-

El conocimiento es poder. Una de las maneras más efectivas para promover una vida libre de violencia, es el conocimiento sobre la misma. Se considera entonces de vital importancia para el proceso, que las participantes del grupo terapéutico, puedan tener un conocimiento lo más completo posible sobre la violencia. Es necesario que conozcan y comprendan la dinámica que la envuelve; la naturaleza exacta de sus causas, dificultades y problemas y explorar nuevas alternativas de solución.

Es necesario que desde ese conocimiento, la víctima pueda reconocer, enfrentar y desprenderse de las ideas, creencias, valoraciones y expectativas erróneas que favorecen y mantienen el problema. El trabajo de desmitificación de lo conocido, el cuestionamiento de lo aprendido y la ruptura de modelos quizá heredados, se consigue con la incorporación de ideas nuevas y regeneradoras.

La víctima conoce la problemática debido a una devastadora experiencia que ha traído, dudas, inquietudes y preguntas, imposibles de encontrar respuesta. Lo que muchas veces y de manera persistente e intrusita se pregunta a sí misma es... ¿Por qué...?

Se requiere entonces que ahora, pueda ver el problema, pero desde la comprensión del mismo y desde el conocimiento de los propios puntos vulnerables frente a posibles recaídas; así como la adquisición de habilidades que le permitan enfrentarlas. Esto facilitará que obtenga una visión diferente, que encuentre otras explicaciones que le servirán para reformular su proyecto vital orientado hacia un nuevo estilo de vida. Que sea capaz de planificar un nuevo futuro en base de nuevas ideas que aparecen en su vida, llamadas... derechos.

- Adquirir entrenamiento en habilidades sociales

Como consecuencia directa del aislamiento al que generalmente la víctima se ha visto sometida, las habilidades sociales suelen estar significativamente afectadas. Es necesario por lo tanto, que cualquier programa de intervención, contemple como objetivo terapéutico el reentrenamiento en habilidades sociales.

Entre los aspectos a fortalecer se encuentra la asertividad. Es importante que la mujer recupere la capacidad de expresar libremente sus deseos, sus derechos, sus emociones y sus necesidades. La mujer en la transición de víctima a sobreviviente, debe reaprender a decir que NO ante demandas de los demás que no estén dispuestas a realizar. Deben aprender a defender sus derechos de forma asertiva, es decir, respetando los derechos de los demás, pero anteponiendo el propio bienestar. Deben ser capaces de formular críticas ante otras personas, de tal modo que pueda mejorar su relación con las demás personas sin dejar de expresar sus sentimientos al mismo tiempo.

3.2 En relación con la sintomatología o trastorno.-

- **Neutralizar y/o reducir la sintomatología asociada con cuadros clínicos que pudieran estar presentes (síntomas de estrés postraumático, ansiedad y depresión)**

Generalmente son los objetivos que desde el inicio se tratan de conseguir. El malestar clínicamente significativo que éstos acarrearán para la víctima pueden incluso dificultar que las demás intervenciones tengan el efecto esperado.

Aún cuando no se pueda eliminar por completo la sintomatología desde el inicio, será necesario mantenerla controlada en un nivel manejable para la mujer.

La sintomatología ansiosa, nivel de tensión, angustia y los síntomas concomitantes producidos por el evento traumático, suelen mostrarse visiblemente reducidos luego de que la paciente percibe la sensación de seguridad. Sin embargo es necesario ir registrándolos constantemente. Se intenta que las participantes desarrollen nuevas modalidades de afrontamiento ante situaciones ansiógenas.

La sintomatología depresiva suele estar presente por un tiempo más prolongado, debe recibir intervención específica durante la aplicación del programa.

Es importante que las participantes vayan adquiriendo habilidades que les permitan enfrentar e incrementar el dominio de los síntomas, las oscilaciones en el estado de ánimo, las situaciones críticas y de estrés. Se requiere que la mujer aprenda a manejarse con el trauma, recuperando así la sensación de control sobre su propio cuerpo y su autoestima.

3.3 En relación al conocimiento de su personalidad y generación de cambios.

- **Favorecer el “autoreconocimiento” y el reencuentro con el propio Yo.-**

Como hemos descrito anteriormente, uno de los elementos que con frecuencia se encuentran presentes en los testimonios de las mujeres suelen ser frases del tipo de: *“yo antes no era así”, “Ahora no soy ni la sombra de lo que era”, “yo era una mujer feliz”*. Casi todas las mujeres se refieren a estos cambios como profundas e involuntarias transformaciones de las que solo pueden percatarse luego de

exposiciones graves a peligros inminentes. Es necesario por lo tanto, que la mujer inicie un camino hacia el auto conocimiento que le permite contactarse con su personalidad “real” o premórbida.

Para otras mujeres, puede darse el caso de que la personalidad ha sido estructurada desde el inicio dentro de ambientes hostiles y violentos. Aunque la generación de cambios en este sentido pueda ser un proceso más prolongado en el tiempo, será importante promover bases que permitan a la mujer iniciar la reestructuración mediante un proceso de cuestionamiento de los esquemas instaurados desde la formulación inicial. Se intenta entonces, propiciar nuevas experiencias, desde la relación interpersonal buscando flexibilizar rígidos patrones primarios de la organización disfuncional.

- **Promover el desarrollo y/o refuerzo de mecanismos de resistencia y negociación**

Las mujeres, aunque hayan sufrido un sistemático proceso de victimización, no lo hacen de manera pasiva. Se conoce que durante el proceso, ponen en marcha una serie de mecanismos, concientes o inconscientes, que les permiten enfrentarse con el acto violento. *“Nunca supe que fue, pero mientras más me pegaba, algo me hacía seguir viva”, “no sé qué era; yo creo que fue el amor a Dios”*⁵⁰

Estos mecanismos suelen tener como objetivo manejar de alguna manera la reacción del agresor e intentar salir del asalto con el menor daño posible. Se intenta quebrar la omnipotencia de agresor y ubicarlo en un nivel menor de poder. Esta activación podría ser comparada con aquel profundo y básico “instinto de conservación”, y que de hecho ha servido para conservar su vida.

Según Velásquez, “para que el hecho violento quede inscrito en el psiquismo como traumático, deben darse una serie de factores: las condiciones psicológicas en que se encuentra un sujeto en el momento del o de los acontecimientos violentos, la posibilidad de integrar la experiencia a su personalidad conciente y poner en

⁵⁰ Testimonio de mujer acogida en Casa María Amor”

funcionamiento las defensas psíquicas adecuadas que le permitan sobrellevar el trauma”.

Por lo tanto, es necesario que estos mecanismos propios de la persona, sean identificados y reforzados, con ayuda especializada, ya que probablemente serán los que promuevan que ella siga considerándose persona y luchando para no dejar de serlo, convirtiéndose en un elemento efectivo dentro del proceso de desvictimización. Facilitar y potenciar los recursos disponibles de la persona, le servirán para enfrentar la vida en el futuro.

4. Señalamiento de técnicas.- La consecución de los objetivos terapéuticos planteados, se materializa a través de las técnicas que puedan utilizarse para este fin. Realizar el abordaje desde una perspectiva integrativa, permite hacer uso de una amplia gama de técnicas provenientes de diferentes orientaciones teóricas; de una manera ordenada y estructurada.

Así como en la práctica psicoterapéutica, también en el diseño y aplicación de técnicas, dos de las características más importantes son la creatividad y la flexibilidad. Ambas condiciones permitirán que las técnicas existentes puedan ser modificadas para aplicarse acorde a las características de la persona, de las circunstancias y del entorno que le rodea. Además, el alcance de una misma técnica puede resultar mucho más amplio y valioso si es considerado dentro de un formato de terapia grupal. Por esta razón, no es la intención enumerar específicamente las técnicas que “deberían” utilizarse. Lo que intentamos a continuación es enmarcar a las mismas dentro de categorías más amplias, en relación a las posibilidades de uso de cada categoría.

TÉCNICAS DE EXPRESIÓN EMOCIONAL

Muchas de las víctimas y sobrevivientes de violencia de género en la familia sienten alivio al contar sus historias a una persona comprensiva y capacitada. Hacerlo frente a otras personas que han experimentado situaciones similares tiene un beneficio agregado para la recuperación. Es necesario que la víctima pueda desahogar sus

Cap 3 – Diseño de una propuesta de intervención grupal desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad, dirigido a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar

sentimientos de aislamiento, vergüenza, confusión, culpabilidad, miedo e impotencia, dentro de un ambiente controlado y diseñado para ello.

Existen condiciones recomendables para que este tipo de técnicas tengan el efecto deseado. Es indispensable que las personas que participan de esa expresión actúen o respondan desde una postura de total respeto y aceptación a la experiencia que está siendo compartida, y sobre todo hacia la mujer que la comparte. Reglas básicas como el no juzgar, ni cuestionar son inherentes al funcionamiento del grupo.

Hablamos de “expresión emocional” pues no solo se busca la exposición de experiencias traumáticas vividas; se busca y se valora el reconocimiento de sentimientos y emociones asociadas con esa experiencia. Esta expresión emocional es beneficiosa tanto para la protagonista de la vivencia, como quienes participan indirectamente de ella.

Para conseguir un adecuado nivel de expresión, ésta puede ser promovida desde el uso de diferentes técnicas. La técnica de expresión por excelencia es el relato. Conforme avanza el proceso, es recomendable encaminar a la persona a que el discurso incluya la terminología apropiada para referirse a los hechos (violencia, agresor, manipulación, amenazas, etc.) Barea⁵¹ sugiere además que el relato debe ser elaborado con uso de voz pasiva, de la manera en que se muestra a continuación:

Frase antigua	Frase nueva
Soy una víctima	Fui víctima de un delito de maltrato
Soy una mujer maltratada	Mi ex marido (nombres y apellidos del agresor) me maltrató
Fui violada	Un hombre (nombres y apellidos, posición social) me violó.

Además del relato, se puede conseguir expresiones de altísimo contenido con técnicas gráficas que pueden ser usadas de manera libre o dirigidas por la terapeuta.

⁵¹ BAREA, Consuelo. Manual para mujeres maltratadas (que quieren dejar de serlo). Ed. Océano, España, 2004

TÉCNICAS PSICOEDUCATIVAS

Este tipo de técnicas responden a la necesidad de que la mujer obtenga un conocimiento lo más completo posible sobre la violencia de género en la familia.

Para ello, se pueden emplear diferentes instrumentos textos, revistas, libros, Internet, mini charlas, etc., sobre los cuales se pueden hacer lecturas, discusiones, análisis, entre muchos otros.

Son variados los temas que pueden ser abordados, sin embargo debe darse preferencia obviamente a aquellos relacionados con la problemática. Se deberán tratar temas como:

- **Violencia.-** Concepto, tipos, causas, explicaciones, efectos, mitos, etc.
- **Género.-** Conformación de género, estereotipos de género, imaginarios sociales, roles de género, equidad de género, etc.
- **Poder y victimización.-** Proceso de victimización, estrategias de poder, relaciones inequitativas de poder, etc.
- **Estrategias de protección.-** Formular un plan de seguridad, lugares donde acudir en caso de emergencia, reserva de dinero, llaves, medicamentos, papeles importantes, ropa, etc., seguridad de los hijos e hijas, entre otros-
- **Derechos.-** Derechos humanos, derechos de la mujer, derechos de niños y niñas.
- **Mi proyecto de vida.-** Los sentidos personales y existenciales, toma de decisiones.

Cada sesión y cada nueva mujer que ingresa al programa pueden traer al grupo nuevas inquietudes sobre las cuales aprender. En este sentido, la flexibilidad es indispensable. Considerando la rotación de las participantes, debe considerarse la necesidad de que cada cierto tiempo estos temas vuelvan a ser tratados, para que cada una de ellas puedan tener mayor acercamiento a estas temáticas y les sirva de reforzamiento.

TÉCNICAS DE RELAJACIÓN.-

Siendo a nivel sintomático, la ansiedad uno de los problemas más significativos para las mujeres que han sufrido violencia de género en la familia, es importante que el manejo de éstos cuadros sea uno de los focos de atención de las intervenciones.

Dentro del programa se procura que las participantes alcancen un nivel cada vez más alto en el control de los niveles de ansiedad, así como de otras manifestaciones del estrés postraumático. El objetivo buscado, consiste en ir disminuyendo las tensiones producidas por el trauma, reducir el monto de tensión, angustia, malestar, trastornos y síntomas concomitantes hasta conseguir liberarse progresivamente de lo vivido.

Es así que para este fin, una amplia gama de ejercicios de respiración y relajación muscular, pueden ser utilizados. Se dedicará por lo tanto sesiones específicas para trabajar en relajación. En este marco, cualquier instrumento o accesorio relacionado con un efecto relajante, pueden ser utilizados e integrados al dispositivo. De esta manera se puede usar música suave, velas, aromas, que pueden acompañar sesiones de masajes relajantes mutuos entre las participantes, que adicionalmente fomentan la cohesión grupal. Mediante la práctica de diferentes técnicas, las participantes adquieren mayor adiestramiento en el manejo de las mismas y pueden hacer uso de ellas en otros contextos fuera de terapia.

De hecho, una manera de asegurar la adquisición de la técnica se logra empleando el sistema de tareas intercesión, en donde se pide a las participantes practicar los ejercicios y registrar sus resultados. Se consigue así, un efecto de desensibilización sistemática que permite a la mujer tener cada vez un mejor autocontrol sobre sí misma y sobre los síntomas del trauma, haciendo que se perciba dueña de su cuerpo y cada vez más segura de sí misma.

TÉCNICAS COGNITIVAS

El trabajo de reestructuración cognitiva, a realizarse luego de la recuperación y del control a nivel sintomático o de forma paralela, se considera en esta propuesta como el instrumento por excelencia para promover cambios en la personalidad y poder lograr que la víctima dé el paso final hacia convertirse en sobreviviente.

Se busca entonces, que cada mujer pueda clarificar las ideas erróneas con las que acuden, ideas que le han servido hasta entonces para mantener su posición de víctima. Es así que, se consiguen conjuntamente efectos relacionados con la elevación de la autoestima, autoimagen y autoeficacia⁵², propiciando que de acuerdo a su realidad las mujeres busquen alternativas valederas para la toma de decisiones.

Se consigue gracias al empleo de técnicas como la reestructuración cognitiva, el estilo didáctico (cambio mediante la enseñanza), diálogo Socrático (preguntar y re-preguntar para provocar un análisis personal, hasta llegar a una idea lógica), uso de metáforas, entre otras.

La violencia, especialmente la de tipo psicológico, tiene su sostén en la instauración de pensamientos distorsionados, que pueden provenir de la cultura y de la acción directa del agresor, causando un fuerte impacto en la subjetividad, en la vida de las personas agredidas. La terapia grupal genera un impacto poderoso, en un sentido renovador, que logra inducir en la víctima el deseo de seguir viviendo; sobrevivir, “a pesar de” e inscribir ese padecimiento en un contexto más amplio de la historia de vida. Desde allí se pueden cuestionar y/o interrogar los hechos, la persona del agresor, sus mandatos, el miedo, la vergüenza, la humillación, el dolor, el odio, los deseos de venganza.

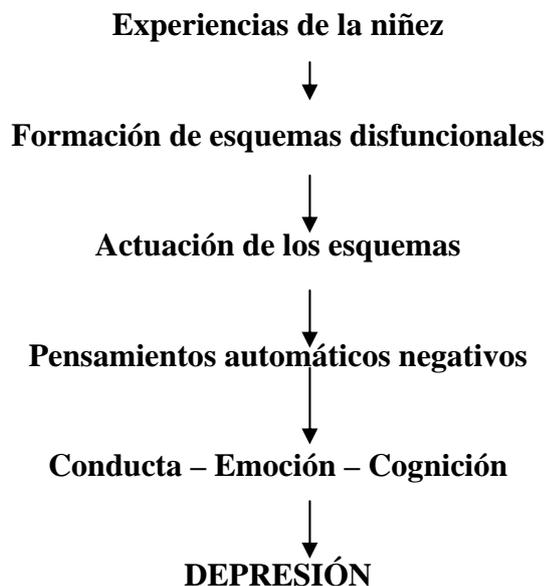
La condición de fondo para la terapia es el deseo, la necesidad de cambiar. Una mujer que fue violentada deberá “elegir” entre ser una “víctima para siempre” o poner en marcha otras opciones o satisfacciones para su vida. Caso contrario, quedará atrapada por los hechos violentos y los trastornos consecuentes que incrementarán el trauma. Tratar de alcanzar nuevas perspectivas, desligando las

⁵² BANDURA A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Annual Review of Behavioral Therapy; 1977

energías puestas en el hecho traumático y priorizando hechos vitales que aporten significados nuevos a su vida y que le ayuden a construir un porvenir promisorio.

Otro de los efectos directos del trabajo a nivel cognitivo, será la disminución de los pensamientos básicos de la depresión, donde se ha demostrado la eficacia de este tipo de abordaje. Dentro del cuadro de depresión encontramos síntomas conductuales (aislamiento, nivel de actividad disminuido, pérdida de interés en su apariencia), síntomas cognitivos (pensamientos de fracaso y destrucción), síntomas emocionales (tristeza y ansiedad) y síntomas físicos (deseo sexual disminuido, pérdida de auto confianza). El ser humano es una combinación de Pensamiento, Emoción, Conducta - Reacción. Tanto en el modelo cognitivo de la depresión, como en el proceso de victimización, las experiencias adquiridas a tempranas edades resultan de mucha importancia para prevenir o predisponer a alguien a ser una víctima en potencia.

Esto se puede ver en el esquema a continuación:



En la terapia se entrena a las participantes en una nueva manera de pensar, sentir y actuar. Se consigue así una flexibilización de los esquemas cognitivos, convirtiéndose a la vez en una maravillosa actualización de la libertad en una de sus más impensables dimensiones.... La libertad de pensar.

TÉCNICAS DE DESARROLLO PERSONAL

En un programa de atención a víctimas de violencia de género, es importante contemplar y tener presente todas las esferas que se pueden ver afectadas. El desarrollo personal, con sus múltiples facetas suele ser uno de ellos.

Dentro de este amplio contenido debe darse un espacio importante para el desarrollo de habilidades asertivas. La asertividad es considerada como la capacidad para transmitir hábilmente opiniones, intenciones, posturas, creencias y sentimientos, permite aumentar la autoestima de las personas implicadas en esa comunicación ya que transmite sentimientos de aceptación, comprensión, confianza, respeto y capacidad de ponerse en el lugar del otro.

En ambientes libres de violencia, las personas nos enfrentamos a situaciones con las que nos sentimos incómodos o nos generan consecuencias negativas importantes. En presencia de Violencia de género, estas situaciones se hacen mucho más frecuentes e incluso peligrosas, haciendo que la víctima pierda poco a poco su capacidad de respuesta. Las técnicas se aplicarán buscando que la mujer recupere la capacidad de reaccionar y salir de su rol “pasivo”, pero sin respuestas violentas. La reacción podrá ser aquella que genere un alto nivel de autoestima, “en paz” y dejando una sensación de estar gustosas y satisfechas consigo mismas. Una reacción que exprese derechos, emociones y sentimientos: es decir; una respuesta asertiva.

La toma de decisiones es también una capacidad que se ve seriamente deteriorada. Se busca que la mujer evalúe sus fortalezas, recursos y sistemas de apoyo personales, sabiendo que ahora tiene la posibilidad de hacerlo por sí misma. Se le brindará para ello toda la información y opciones que requiera.

Debe fomentarse el desarrollo de habilidades sociales y comunicacionales que le permitan reestablecer redes de apoyo y nuevos estilos relacionales con otras personas.

Se busca que las mujeres consigan no solo superar y recuperarse de los efectos del trauma, sino que puedan resultar renovadas y fortalecidas de la misma. Es lo que se conoce como resiliencia.

Literatura respecto del tema propone como pilares de la resiliencia elementos como: la introspección, la independencia, la capacidad de relacionarse, la iniciativa, el humor, la creatividad, la moralidad y una autoestima consistente.

TÉCNICAS ALTERNATIVAS

Además de los instrumentos antes mencionados, y haciendo énfasis en la necesidad de la creatividad y flexibilidad que deben caracterizar al ambiente de la terapia grupal, existe una total apertura a que otras actividades puedan ser utilizadas en un contexto terapéutico. Las condiciones para que puedan ser consideradas como instrumentos terapéuticos residirá en que éstas posean una estructuración básica (objetivos, actividades, resultados esperados) y que no resulten yatrogénicos para el grupo.

En este grupo se puede considerar la utilización de role-playing, canciones, películas, humor, arte, entre otras.

CONCLUSIÓN

El desarrollo actual de la psicoterapia demuestra un camino cada vez más firme hacia la integración, no solo a nivel técnico sino especialmente a nivel teórico y epistemológico. Las corrientes integrativas ofrecen hoy en día propuestas en las que ésta integración puede darse de manera coherente y ordenada.

Contar con un Modelo Integrativo especialmente diseñado para su aplicación bajo las condiciones específicas de nuestra sociedad ofrece innumerables ventajas para quienes se ven beneficiados por el mismo. El Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad contempla todos los factores constitutivos del ser humano desde el nivel individual (componentes genéticos, biológicos y psicológicos), hasta su integración dinámica, en constante cambio y evolución gracias a la influencia de las experiencias del individuo con las demás personas (Nivel Social).

Esta perspectiva brinda el marco óptimo para que un problema tan amplio y diverso como la violencia pueda ser analizado y comprendido, al tiempo que abre una amplia gama de posibilidades a la hora de la aplicación técnica de la psicoterapia.

CAPITULO IV

EVALUACIÓN INICIAL Y APLICACIÓN DEL PROGRAMA

Introducción

Durante el tiempo en el que este programa ha venido siendo elaborado, la Casa de Acogida María Amor también ha venido viviendo cambios y coyunturas diversas.

El reconocimiento alcanzado a nivel local, nacional e internacional, como un centro especializado en el abordaje de la violencia de género en la familia, y el consecuente crecimiento de la demanda del servicio, han representado retos para el equipo técnico, que vienen siendo afrontados de manera favorable.

Es en este contexto que, buscando dar una atención y un seguimiento cada vez más eficaces, el equipo decide cada vez con más firmeza y seguridad, dar paso a las actividades de tipo grupal. Así, el espacio de la terapia grupal se instaura y se consolida con la aprobación del equipo y la aceptación de las mujeres. El grupo terapéutico se convierte en un espacio de la semana esperado por la mayoría de las mujeres acogidas, en el que pueden liberar sus tensiones, miedos, angustias y también alegrías.

4.1 El inicio de la terapia grupal

Dentro del contexto antes mencionado, en el que la Casa María Amor evidencia la necesidad de formalizar los espacios de intervención grupal, como un mecanismo de aportar a la participación, uno de los cuatro ejes significativos de su metodología, la terapia grupal se inicia como una prioridad.

Para que esto pudiera ser posible, fue necesario definir aspectos varios para la aplicación del dispositivo. Considerar la dinámica propia del funcionamiento de una

Casa de Acogida fue el primer requisito para establecer los elementos referidos a la logística necesaria para la terapia, entre los que encontramos:

- **Espacio físico.-** La aplicación del dispositivo requería de un espacio físico relativamente amplio que pudiera dar cabida cómoda y confortable a las participantes. Además este espacio debía contar con condiciones apropiadas de iluminación y ventilación. Así, para este fin, se estableció la llamada “Sala de Arte” que además suele ser usada para actividades varias como reuniones, talleres, etc. La adecuación y ambientación del espacio no constituyó un problema por el hecho de que esta consideración suele ser una preocupación constante de las integrantes del equipo, en busca de proporcionar a las mujeres espacios cálidos y acogedores.
- **Horario.-** El establecer un día fijo para que las mujeres pudieran asociarlo con la terapia grupal, requería una organización previa conjuntamente con las demás actividades de la casa, a saber, talleres, reuniones semanales de planificación, turnos rotativos de limpieza, entre otros. Así, fue inicialmente escogido el día jueves para este fin. Sin embargo, y en consideración con las recomendaciones técnicas generales de la terapia grupal, se estableció en adición posteriormente el día martes cuando no existieran otros talleres. En cuanto a la carga horaria de las sesiones, inicialmente se planificó trabajar en jornadas de dos horas, luego de que las mujeres regresaran a casa de sus trabajos. Así, las mujeres participarían de las sesiones desde las 17h00 hasta las 21h00. Esta planificación duró poco tiempo pues no tardaron en llegar las dificultades, especialmente respecto de la hora de los niños y niñas para cenar y acostarse (20h00). Es así que fue necesario reducir el tiempo para cada sesión, debiendo realizarse las mismas desde las 18h30 hasta las 20h00.
- **Cuidado de los niños y niñas.-** Durante el tiempo en que las mujeres participaran de las sesiones, y especialmente pensando en su tranquilidad, fue necesario coordinar con el Área infato - juvenil, la presencia de una persona que acompañara a los niños y niñas. Esta persona aseguraría actividades planificadas que pudieran evitar las interrupciones de los niños a las madres durante la terapia.

- **Materiales y equipos.-** Considerando las diversas actividades contempladas en el programa, la aplicación del dispositivo requería contar con materiales y equipos apropiados para este fin. Así, la Casa de Acogida aseguró el acceso a artículos varios como marcadores, lápices, hojas, carpetas, pinturas, pañuelos desechables, etc., así como a otros equipos como radio grabadora, televisión, DVD, computadoras, materiales de lectura o reflexión que enriquezcan, complementen y estimulen la tarea, entre otros.
- **Criterios de selección de las participantes.-** Incluso a sabiendas de que la especificidad de la Casa es acoger a mujeres víctimas de la violencia de género en la familia, en varias ocasiones, el servicio es solicitado para otros tipos de demandas como migración interna, refugio o situaciones emergentes de salud. Desde la perspectiva del equipo, aún cuando no se trate de demandas explícitas por violencia, ésta ha afectado de alguna manera y en algún momento de la vida a cada mujer que solicita apoyo. Este tipo de demandas, o incluso algunas de violencia pueden tener tiempos de acogida muy cortos que no permiten llevar un proceso suficientemente sostenido. En estos casos, se decidió que las mujeres podrían participar de las sesiones de terapia, pero no sería consideradas en la obtención de datos.
- **Mecanismos de registro, seguimiento y monitoreo.-** Considerando el ambiente institucional en el que se desenvolvería el programa, y las condiciones específicas para esta investigación, resultó indispensable determinar los instrumentos que servirían para el registro, seguimiento y monitoreo de la aplicación del dispositivo. Así, uno de los indicadores a registrar, fue la asistencia de las participantes. Para esto se diseñó una sencilla hoja de registro que debía ser firmado por las participantes al participar de cada sesión.⁵³ El seguimiento de la evolución de las participantes se realizó dos niveles; uno grupal y otro individual. Para ambos se aplicó el formato de la ficha de Evolución y Seguimiento⁵⁴ diseñada por la

⁵³ Anexo 2

⁵⁴ Anexo 3

SEAPsI. Al finalizar cada sesión, el grupo junto con la terapeuta realizaría la evaluación de la sesión en función del tema planteado y la percepción de las participantes respecto de nivel de participación y estado general del grupo. En el nivel individual, el estado general de cada participante sería registrado bajo el mismo mecanismo, entrenando a las pacientes en el auto-monitoreo de su comportamiento, dando orientaciones para la auto-observación y auto-registro de los comportamientos, y otros elementos vinculados con la violencia y el efecto personal de la terapia. Por último, el cumplimiento y la aplicación de cada sesión sería posteriormente evaluado y registrado, por parte de la terapeuta mediante el Informe de Sesión Grupal para mujeres víctimas de Violencia Intrafamiliar.⁵⁵

Una vez coordinados estos aspectos y luego de contar con un diseño previo del programa de intervención, solo un elemento más debía ser realizado; la evaluación inicial de las participantes.

4.1.1 Evaluación inicial

En el capítulo anterior hemos explicado tanto los aspectos homogéneos como heterogéneos del tipo de población que busca los servicios de la Casa de Acogida.

La información correspondiente a datos informativos, antecedentes disfuncionales, biografía psicológica personal e historia psicológica familiar, fueron evaluados mediante el uso de Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica.⁵⁶

Esta información se ha recolectado mediante técnicas de entrevista semiestructurada, buscando tener un conocimiento lo más cercano posible a la realidad de la víctima, del victimario y de la relación violenta como tal. Las entrevistas han sido encaminadas hacia investigar datos como estado civil, nivel de estudios y laboral tanto de las mujeres como de los agresores, el tipo de relación de los mismo con la víctima, las características de la agresividad, exclusivamente dirigida hacia la víctima o si se trataba de una agresividad generalizada en todos los aspectos de su vida; la

⁵⁵ Anexo 4

⁵⁶ Anexo 1

presencia de historia de violencia en la familia de origen del agresor y de la víctima; los tipos de maltrato (maltrato físico, psicológico, sexual, etc.) y la historia de relaciones y parejas de los dos.

Se ha investigado además, respecto del uso de armas o de amenazas e intimidaciones durante los episodios de violencia. Se consideró también de interés conocer sobre la edad en que inició el maltrato, así como el tiempo en el que éste se hubiera venido manteniéndose.

Respecto de las consecuencias de la agresión, se investigó especialmente sobre las lesiones físicas sufridas, para tener un acercamiento a la gravedad de las mismas, el uso o abuso de sustancias y posibles problemas de salud.

Bajo estos criterios se pudo evaluar a 23 mujeres que fueron consideradas como muestra para este trabajo, obteniéndose los siguientes resultados:

- **Edad.-** Las edades del grupo oscilan entre 17 y 39 años, con un promedio de edad de 29 años.
- **Edad de inicio de la violencia.-** El promedio de edad en la que el grupo empezó a sufrir violencia fue a los 16 años, viviendo en esta situación un promedio de 13 años hasta llegar a la casa de acogida.
- **Estado Civil.-** En cuanto al estado civil, el 47,8% mantenían relaciones de unión libre y aunque el 34,8% se definieron como solteras, varias de ellas habían mantenido anteriormente este tipo de relación. El 13% estaban casadas y un 4,3% divorciadas.
- **Religión.-** La FIEPs investiga la religión de los pacientes, en donde el 65,22% de las mujeres se definió como católica, religión ampliamente compartida por los agresores, según lo refirieron.
- **Nivel de instrucción de mujeres violentadas.-** En cuanto al nivel de instrucción, la mayoría, correspondiente al 34,78% tenía primaria completa, mientras el 39,1% accedieron a educación secundaria, alcanzando a completarla solo el 8,70%. El 4,35% se consideraban analfabetas y el mismo porcentaje accedió a educación superior, aunque incompleta.

- **Nivel laboral.-** Respecto del nivel laboral de las mujeres, solo el 34,70% poseían un trabajo con remuneración fija, frente al 43,48% que se desenvuelve en trabajos ocasionales. El ingreso promedio para las mujeres rodea los 115 dólares mensuales. El 30,43 se desempeña únicamente en actividades domésticas, sin tener una fuente de ingresos propia. Bajo esta realidad, las mujeres deben afrontar el sustento de sus familias, en muchas ocasiones incluso del agresor, siendo que el promedio de hijos por grupo familiar es de tres, variando entre 0 y 7.
- **Relación con el agresor.-** En el 56,52% de los casos, el agresor fue el conviviente, frente al 17,39% en donde la agresión se recibió por parte de uno de los progenitores, especialmente del padre. El 8,70% de los agresores tenían la condición de esposos y en porcentajes más pequeños se encontraba a otras personas como novios, jefes, otros parientes, allegados, etc., demostrando así el alto o nivel de riesgo que las mujeres corren dentro de su propio hogar, el cual se supone debería ser fuente de seguridad y protección.
- **Nivel de instrucción del agresor.-** En cuanto al nivel de estudios de los agresores, el 26,09% tenía estudios primarios mientras el 34,78% accede a educación secundaria, terminándola solo la mitad. A diferencia de las mujeres, el 21,74% de los agresores tiene acceso a la educación superior, marcando así una evidencia adicional sobre las relaciones inequitativas de poder. Varias mujeres desconocían la actividad laboral de los agresores así como sus ingresos económicos.
- **Características de la agresividad.-** Al investigar las características de la agresividad, el 69% de las mujeres la definía como generalizada frente al 17,39% en donde era exclusivamente dirigida hacia la víctima. En el 13% de los casos, la agresividad se aplicaba también directamente sobre los niños.
- **Sentimiento de indefensión.-** El 91,3% de mujeres reconocía en sí misma el sentido de indefensión como una sensación constante, hecho que les impedía pensar siquiera en la posibilidad de buscar ayuda.
- **Violencia en las familias de origen.-** Entre los antecedentes disfuncionales se pudo evidenciar la presencia de violencia en las familias de origen, tanto del agresor (91,3%) como de la víctima (82,61%).

- **Tipos de maltrato.-** Respecto del tipo de maltrato, en el 100% de los casos se detectó manifestaciones de violencia psicológica, aunque no todas lo reconocieran en un primer momento, ocurriendo lo mismo con el maltrato económico. Para varias mujeres, estas condiciones ni siquiera eran consideradas como manifestaciones de violencia. En cuanto a la violencia física, se presentó en el 91,3% de los casos y en cuanto a violencia sexual, estuvo presente en el 73,91% de los casos, en sus múltiples manifestaciones comprendidas entre abuso y violación.
- **Medios utilizados.-** El 69,57% de los agresores usaba armas, para agredir, intimidar o amenazar a las víctimas; generalmente cuchillos (56,52%), armas de fuego (17,39%) u otros.
- **Consecuencia física de las agresiones.-** Como consecuencia física de las agresiones, las mujeres identificaron heridas (78,26%), moretones (82,61%), pérdida de piezas dentales (26,09%), fracturas (13,04%), parálisis (8,7%), contagios (26,09%) y abortos (47,83%).
- **Afectación psicológica.-** El 95,65% remitía trastornos emocionales y otras alteraciones nerviosas el 86,96%.
- **Uso de sustancias.-** El 65,22% de los casos identificaba como consecuencia de la violencia, haber utilizado algún tipo de sustancia entre: ansiolíticos (39,13%), antidepresivos (47,83%), alcohol (21,74%), cigarrillo (17,39%) u otros (4,35%).
- **Amenazas del agresor.-** El 96% de las víctimas fueron amenazadas de alguna manera por el agresor, ya sea con quitarle a sus hijos, de muerte o de otras maneras como mayores agresiones hacia ella o hacia familiares.
- **Relación víctima-agresor.-** Para el 43,48% de los casos, la relación con el agresor fue la primera relación de pareja mientras que el 30,43% ya había sufrido violencia con alguna pareja anterior.
- **Relación agresor – víctima.-** Para el 21,74% de los agresores, ésta era la primera relación, mientras el 56,52% ya había maltratado a otra pareja.

Estas condiciones habrían generado en el grupo, en el 82,61% de los casos cuadros depresivos con ideación o intentos de suicidio, identificando a éste como la única manera posible de terminar con la violencia.

Esta información recolectada resulta relevante pues representa datos actuales y constituyen un referente en violencia intrafamiliar a nivel del país y de Cuenca.

Además de conocer las condiciones de la experiencia violenta vivida por cada mujer, considerando las características y los objetivos del programa, fue necesario investigar el nivel de conocimiento general del grupo sobre la problemática de violencia. A nivel cognitivo, fue importante investigar la atribución psicológica que las mujeres daban al problema, buscando la explicación que ellas pudieran dar al tema, sobre todo pensando posteriormente en promover reestructuración cognitiva en caso de contar con la presencia de pensamientos distorsionados. Para esto, se diseñó una encuesta con preguntas básicas en relación al tema.⁵⁷

Además de la entrevista se aplicaron pruebas psicométricas específicas como el Inventario de Depresión de Beck, La escala de Ansiedad de Hamilton y el Autoexamen de Autoestima de Cirilo Toro.

Luego de conocer ampliamente la condición del grupo, fue posible iniciar con la aplicación del dispositivo grupal.

4.2 Aplicación del dispositivo grupal

Una vez ajustados todos los elementos que pudieran facilitar el desarrollo de la terapia grupal, se procedió a invitar a las participantes de manera colectiva mediante la reunión semanal de planificación, pero también de manera individual para favorecer el involucramiento con el proceso. La intención era relacionar a las futuras participantes con el objetivo general del dispositivo grupal e introducirlo como una alternativa a nivel terapéutico de la Casa de Acogida María Amor.

La respuesta fue muy favorable. Al parecer, la mayor parte de las mujeres, acogidas en ese momento, esperaba poder contar con un espacio en el que pudieran compartir sus experiencias y conocerse de forma cercana, más allá de la cotidianidad.

⁵⁷ ANEXO 5

4.2.1 La sesión de inicio

La primera sesión del programa fue aplicada el día 8 de agosto del 2007, contando con la presencia de todas las mujeres acogidas en ese momento en la Casa María Amor.

Resulta prioritario, al inicio de cualquier actividad humana que a nivel colectivo, se fomente la noción de grupo o de equipo. La cohesión grupal resulta a lo largo del proceso, una variable que favorece la consecución de cambios y logros. A pesar de que las participantes ya tenían algún nivel de cercanía y familiaridad por la convivencia en la casa de acogida, fomentar un cierto “espíritu de cuerpo” fue un objetivo que se consiguió mediante el uso de diferentes dinámicas que implicara trabajo en equipo. Este tipo de técnicas resultan muy útiles para crear ambientes cálidos y de confianza, ya que influye en el grupo fomentando la motivación y la participación. Una vez que esto se ha logrado, se puede proceder a introducir el dispositivo terapéutico.

En la mayor parte de dispositivos terapéuticos grupales, la sesión de inicio, tiene por objeto evaluar las expectativas de los participantes en el grupo, realizar el encuadre y definir la tarea del grupo.

La mayor parte de las participantes suele tener cierta noción, real o irreal, de lo que es una terapia grupal. Investigar estas nociones que el grupo pueda tener puede contribuir para detectar mitos o ideas erróneas que posteriormente puedan generar resistencia.

Entre las ideas que se encontraron están:

- *“Es un grupo para ayudarnos unas a otras”*
- *“Es un lugar para hablar de lo que nos pasa”*
- *“Una siente alivio escuchando las ideas de las otras personas”*
- *“Se puede oír las experiencias de las demás y ver que nuestros problemas no son tan graves”*

- *“Es un grupo como los de Alcohólicos Anónimos para no recaer”*
- *“Es un espacio para hablar de nuestros secretos pero se necesita confianza”*

Un nuevo concepto es propuesto por la terapeuta y luego de recoger todas las ideas, se construye un nuevo concepto que ahora le pertenece al grupo:

“La terapia grupal es un espacio en el que participan varias personas como pacientes y al menos una como terapeuta, buscando promover cambios, compartir experiencias, generar la sensación de apoyo y brindar beneficios recíprocos a sus participantes”

Luego de contar con un consenso en el concepto y en los objetivos del grupo, se introduce la noción de “tarea intersesión” como un instrumento para mantener el efecto terapéutico hasta llegada la siguiente sesión. Casi naturalmente surge, de parte de las participantes, la necesidad de establecer reglas para el buen funcionamiento del grupo. Así, pensar en las posibles reglas de funcionamiento se establece como tarea para ser trabajada durante la siguiente sesión.

4.2.2 Desarrollo de la terapia grupal

A partir del segundo encuentro, es necesario iniciar cada sesión con un saludo cálido a las participantes. Considerando la dinámica de la casa de acogida, es importante además, tener presente el posible ingreso de nuevas participantes, para que se promueva una introducción de su parte al dispositivo y que a su vez el grupo le brinde un recibimiento acogedor.

Debe tenerse además muy en cuenta, la tarea intersesión encomendada. De no hacerlo y de no darle la relevancia debida, podría sufrirse el riesgo de que el grupo lo considere poco importante.

Luego de que el grupo evidenciara la necesidad implícita de establecer las reglas básicas para funcionamiento del grupo terapéutico, se procede a construirlas de manera conjunta. Así el grupo define las reglas que se detallan a continuación:

- **En el Grupo Terapéutico, todas somos iguales.-** Es importante establecer en este primer momento que dentro del grupo no existen jerarquías sociales, culturales o económicas entre los participantes. Todas comparten una misma situación de vulnerabilidad y necesidad, pero sobre todo, de derecho. El papel de la terapeuta se establece no bajo criterios de autoridad superioridad, sino simplemente bajo una diferenciación de roles pacientes-terapeuta.
- **Guardar principios de confidencialidad.-** Cada persona que ingresa al grupo terapéutico, ha tenido algún nivel de contacto con las demás participantes debido a la convivencia en la Casa de Acogida, por lo que las restricciones respecto de identidad no siempre son posibles. Sin embargo, es un compromiso de cada persona guardar estricta confidencialidad respecto de los relatos de cada persona, los cuales no podrán ser discutidos fuera del espacio de la terapia.
- **Se respetan los tiempos personales.-** Ya sea en la toma de decisiones o respecto de cambiar conductas o formas de pensar, debe respetarse el ritmo y el tiempo que cada persona requiera, excepto en los casos en que se perciba peligro inminente para la integridad o incluso la vida de una participante.
- **Se permite la libre expresión de sentimientos y emociones.-** Para un gran porcentaje de las participantes, la expresión emocional ha sido coartada en algún momento de la experiencia, incluso pensando en su propio beneficio con frases como “ya no llore” o “tiene que ser fuerte”. En el grupo terapéutico, se aceptan el dolor, la depresión, las frustraciones o las pérdidas, aunque el objetivo final sea eliminarlas. Sin embargo, a pesar de lo dolorosas que puedan resultar las experiencias personales, serán permitidas también expresiones como la alegría, el humor, y las demostraciones de afecto. La espontaneidad y la creatividad serán condimentos significativos para la dinámica grupal.

- **Escuchar de manera receptiva y respetuosa.-** Ninguna persona está obligada a hablar si no se siente lista o en capacidad para hacerlo. Sin embargo, aquellas que deciden compartir su experiencia, deben ser escuchadas en señal de respeto., lo cual es productivo para quien comparte, así como también para quien escucha. Escuchar se convierte por sí mismo en un incentivo para el cambio. En este espacio terapéutico, “todas aprendemos de todas”. Cada una podrá así llegar a sentir que da y que recibe. Colaborar, sentirse útil, aunque se padezca la mayor de las limitaciones, es una experiencia enriquecedora.
- **No juzgar o criticar.-** No se juzga, no se reprocha ni se interpela a alguien, sino que se le ofrece la posibilidad de conocer, reflexionar, evaluar alternativas y pensar por sí misma. En este contexto, está permitido equivocarse.
- **No dar consejos u orientaciones que no seamos capaces de realizar.-** Es fácil decir a otro lo que tiene que hacer, pero inútil cuando el mensaje no está respaldado por la convicción o la experiencia personal.
- **No beber, comer o fumar dentro de la sesión.-** El grupo terapéutico, no es un espacio de charla cotidiana. Es importante respetar a éste, como un espacio de recuperación que no debe ser contaminado con este tipo de elementos.
- **Brindar apoyo emocional solidario cada vez que alguien lo requiera.-** Considerando el cúmulo de experiencias dolorosas que pueden estar presentes en la historia de vida de una mujer, el grupo debe estar preparado y dispuesto para brindar sostén cuando sea necesario, no de manera figurada o con “palmaditas en la espalda”. Hablamos de un abrazo fuerte o un apretón de manos que brinde a la compañera la percepción real de que no está sola, y que convierta al grupo en un testigo comprometido.

- **No se permite la manifestación de ningún tipo de Violencia hacia las demás personas ni tampoco contra una misma.-** La posición a favor de la NO VIOLENCIA debe ser un elemento fundamentalmente enfocado y destacado dentro de cada sesión. No pueden por lo tanto presentarse agresiones de ningún tipo dentro del grupo de participantes. Pero tampoco pueden pasarse por alto expresiones que incluyan elementos de autodesprecio, insultos o desvalorización de la propia persona.
- **Los problemas pertenecen a cada persona, aunque el grupo pueda apoyar.** La participantes deben tener presente que no es posible asumir los problemas de las otras personas como propios. La actitud solidaria debe encaminarse a que juntas encontremos una salida y trabajemos por la búsqueda de soluciones.
- **Participar de las actividades y tareas propuestas.-** El compromiso de cada participante a colaborar, se considera como su propio nivel de involucramiento respecto de su recuperación.

Además de las reglas antes mencionadas, que contribuyen a establecer el encuadre terapéutico, es importante hacer otras recomendaciones adicionales como el tipo de lenguaje que se prefiere sea usado en la terapia, el cual debe ser coloquial pero no vulgar y sobre todo focalizado en la problemática de violencia.

Se pide además a las participantes que procuren integrar los contenidos, recomendaciones, experiencias y aprendizajes provenientes de la terapia, lo más cercanamente posible a su experiencia de vida diaria, para que pueda existir un a mejor incorporación de los mismos.

Debe recalarse la necesidad de mantener al espacio de la terapia libre de comentarios que pudieran ser considerados feministas o en contra de los hombres en general. El grupo terapéutico no es un lugar destinado a hablar mal, quejarse o burlarse de los hombres. Lo que se busca, es que se pueda comprender la problemática también desde un punto de vista tal, que permita analizar la problemática de la violencia masculina sobre la mujer para poder así disminuir el

miedo que el agresor genera sobre la víctima, haciendo que ésta pueda salir del sometimiento.

Existen otras especificaciones, que hacen referencia a la figura de la o las terapeutas, entre las que encontramos especialmente las consideraciones éticas. Parte de la responsabilidad de manejar grupos humanos se relaciona con la honestidad que implica ser capaz de reconocer las propias limitaciones, especialmente en lo referente a falta de conocimiento sobre determinados temas o dificultades para tratar temas específicos. Se requiere entonces, un alto nivel de disposición para mantener un estado de permanente preparación e investigación.

No es conveniente mantener una posición rígida a cerca de las propias concepciones o creencias. Las personas que intenten coordinar un grupo de estas características, necesitan asumir sinceramente una posición de aprendizaje reflexivo, fuera de concepciones teóricas o mecanicistas, rotulaciones o diagnósticos parciales. La vida de cada participante suele ser una fuente infinita de nuevas experiencias que pueden enriquecer el quehacer terapéutico.

4.2.3 Estructura de las sesiones

Cada sesión de la terapia grupal, a pesar de tener una planificación previa respecto del tema, puede constituirse por sí misma diversa y única. Condiciones como la variabilidad del estado de ánimo de las participantes, situaciones de emergencia, encuentros no planificados con los agresores, la llegada de una nueva compañera, entre muchas otras, pueden motivar o justificar una modificación de la agenda propuesta.

A pesar de ello, es indispensable contar con una estructura que anticipadamente se prepara en función de facilitar la aplicación de la sesión.

Dentro del presente programa se ha implementado un formato de registro para cada sesión en el que se contemplan datos como: Número de sesión, Fecha, Hora, Asistentes (participantes y terapeutas) Tema y Objetivo.

Indicadores de resultados.- Entre los indicadores de resultados que son observados en cada sesión, se analizan aspectos como la Predisposición para el trabajo propuesto, el nivel de participación de los miembros, el nivel de motivación para el trabajo, el grado de compromiso para realizar la tarea propuesta, el nivel de expresión, la calidad de la respuesta verbal de los miembros sobre el trabajo realizado y la cohesión grupal. Estos elementos son evaluados posteriormente en sesión de co-terapia según los rangos de: Sobresaliente, Muy bueno, Bueno, Regular y Deficiente.

Materiales.- La planificación previa de la sesión, incluye el determinar los materiales que se requieran, de acuerdo a la tarea propuesta entre los que podemos contar: papelotes, marcadores, textos, fotocopias, lápices de colores, grabadora, televisión, computadora, in-focus, etc. Estos deben ser preparados con anticipación para facilitar su utilización óptima dentro del tiempo de terapia.

Actividades.- Las actividades planificadas para las sesiones se relacionan con las técnicas terapéuticas a aplicarse. Como hemos indicado en el capítulo anterior, la selección de técnicas responde a los objetivos propuestos a nivel de la problemática, a nivel sintomático y de la personalidad. Generalmente, cada sesión puede incluir varias técnicas desde donde se aborda un mismo tema. Lo que se busca es lograr que el tema sea incorporado de la mejor manera por parte del grupo, procurando insertarlo desde diferentes vías de ingreso (visual, auditiva, emocional, gráfica, etc.).

Así, una sesión es planificada generalmente bajo la siguiente estructura:

- 1. Saludo y recibimiento.-** Pueden ser utilizadas técnicas verbales y analógicas para generar en el grupo un estado de comodidad. Se intenta que cada participante pueda sentirse a gusto dentro del espacio.
- 2. Recapitulación y Registro de la tarea intersesión.-** Se busca mantener un adecuado enlace entre las sesiones. Recordar las actividades realizadas anteriormente, contribuye también a fomentar la focalización del grupo en el encuadre terapéutico. Es este espacio se evalúa el cumplimiento y el resultado de las tareas encomendadas.

3. Mini charla informativa y psicoeducativa sobre el tema a tratar.-

Asumiendo que muchas de las mujeres acogidas tiene un escaso conocimiento sobre la problemática de violencia, la exposición teórica al respecto, es una actividad que está presente en la mayor parte de las sesiones. Estas están caracterizadas por el empleo de lenguaje sencillo, claro y directo. Entre los temas tratados en el programa encontramos algunos como: La violencia, concepto, tipos, causas y explicaciones; El ciclo de la Violencia, Otras teorías explicativas, Las relaciones de Poder, Mitos y verdades sobre la violencia, Consecuencias de la violencia, Los imaginarios sociales, Alteraciones en la Salud Mental, Depresión y Ansiedad, El Miedo, El proceso de recuperación, La autoestima, La asertividad, El empoderamiento, entre otros. Se considera necesario dar mucha información y realizar actividades preventivas respecto de otros temas que puedan generar interés en el grupo, tales como: la sexualidad, el alcoholismo, los procedimientos legales, las nuevas relaciones afectivas, el estrés del cambio, etc. Puede invitarse a otros especialistas a dar una charla o contestar preguntas como actividad de extensión del grupo.

Además de la charlas, otras actividades han sido aplicadas y favorablemente recibidas por parte del grupo. Se ha podido trabajar por ejemplo con el uso comunicaciones, frases populares, canciones o películas con contenido sexista o directamente relacionadas con la violencia. Se ha trabajado mediante biblioterapia, con material existente y disponible en la Casa de Acogida, sobre historias de mujeres y sus experiencias. A lo largo de la aplicación del programa se ha podido evidenciar que la diversidad de actividades, en cuanto a naturaleza y contenido, favorece el involucramiento de las participantes a la dinámica grupal.

4. Discusión y análisis grupal sobre el tema tratado.- Este momento, es considerado como la oportunidad para promover la reestructuración cognitiva, por excelencia. El grupo comenta, discute y analiza el tema que ha sido presentado por la terapeuta. Las reflexiones de las participantes demuestran su nivel de conocimiento sobre el tema, así como también los errores cognitivos que pudieran estar presentes. Generalmente se incluyen en éstas reflexiones los aportes personales sobre la historia de vida de las mujeres que decidan contribuir al grupo con su relato. Participantes y

terapeutas analizan la naturaleza de las comunicaciones y contribuyen con comentarios en el proceso de reestructuración.

5. Definición y ejercitación de alternativas o recursos de afrontamiento.-

Luego de haberse producido la discusión y análisis grupal, la terapeuta ofrece al grupo nuevas alternativas de afrontamiento, que pueden ser ejercitadas durante la terapia o usadas como tarea intersesión, dependiendo del tipo de actividad. Las estrategias que son presentadas y ejercitadas son, entre otras, las siguientes:

- Técnicas de auto-control.
- Relajación.
- Técnica de sensibilización.
- Desensibilización progresiva.
- Reestructuración cognitiva.
- Juegos de Roles.
- Análisis de juegos de renuncia.
- Análisis existencial.
- Desarrollo de habilidades sociales: entrenamiento asertivo, solución de problemas y toma de decisiones, manejo y control del estrés.

6. Conclusiones.- Se realiza un recuento de toda la sesión de trabajo y se establecen conclusiones resultantes.

7. Definición de la Tarea Intersesión.- Fruto de la exposición y de la discusión grupal, surge la actividad que será propuesta como tarea intersesión. Es recomendable, que constantemente a lo largo del programa se insista en la importancia del cumplimiento de las tareas intersesión. Estas deben ser planteadas no en el sentido de un deber como ocurre en la etapa escolar. Deben ser introducidas como la manera adecuada para enlazar los contenidos de terapéuticos con el quehacer diario. Las tareas tenderán a afianzar la autoestima, la independencia, las habilidades de autoprotección y cuidado, la construcción de la actividad personal, la asertividad y la autoafirmación en la comunicación y relación con los demás, la formulación de un proyecto de vida, etc.

8. Cierre.- Cada sesión puede generar un sinnúmero de emociones y reacciones en las participantes. Algunas pueden movilizar sentimientos negativos y dolorosos que no siempre consiguen ser manejados en los momentos anteriores. El momento del cierre debe propiciar a las participantes una cierta estabilidad que les permita continuar con su rutina diaria, especialmente considerando que en la organización de La Casa, el fin de la terapia debe coincidir con el momento de acostar a los niños y niñas. Antes de terminar con la sesión es recomendable el uso de técnicas de relajación y respiración, que con la repetición frecuente, llegan a ser incorporadas al repertorio conductual de cada mujer. Hacer de este momento un espacio cálido mediante acercamientos verbales e incluso físicos, fomentan el nivel de cohesión grupal e involucramiento con la terapia, es decir, crear en cada participante la sensación de pertenencia.

9. Resultados.- Mediante una sesión de co-terapia, cada sesión es evaluada en función del objetivo general del programa y de los objetivos específicos de cada tema tratado. Se intenta registrar y analizar las características de los fenómenos de la relación grupal como tal. Así, entre los indicadores considerados es evaluada: la Predisposición del grupo para trabajar, el Nivel de participación, el Nivel de motivación, el grado de Compromiso, el Nivel de expresión, la respuesta verbal del grupo y la Cohesión grupal.

10. Observaciones.- En este espacio se registra aquellos aspectos no planificados y presentados en la terapia.

Bajo este esquema se ha aplicado un total de 20 sesiones hasta el momento del corte para la recolección de resultados. Es necesario indicar que las especificaciones del dispositivo hacen que el mismo se maneje sin un esquema rígido. El programa ofrece los elementos principales que sostendrían la intervención y en base a la cual se realiza la planificación de las sesiones.

CONCLUSIÓN

La conformación de un grupo, en especial cuando el objetivo del mismo es terapéutico, no depende exclusivamente de contar con personas que requieran del mismo. Es necesario además tener presente una serie de detalles que contribuyan además de brindar un espacio cálido y de confianza, a crear en dicho conjunto de personas un espíritu de cuerpo y un nivel de cohesión apropiado, fomentando el sentido de pertenencia que a largo plazo pueda favorecer la recuperación y la generación de cambios.

Para que este objetivo terapéutico sea posible, se debe considerar además de las expectativas de cada integrante del grupo, el establecimiento de reglas o acuerdos que faciliten la interacción y otros fenómenos grupales.

Dentro de este proceso, el papel de la o las terapeutas debe estar caracterizado por la vocación, la creatividad, la destreza, el conocimiento y sobre todo, la ética.

CAPITULO V

RESULTADOS Y EVALUACION FINAL DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA

Introducción

Bajo el esquema antes descrito, el programa ha venido aplicándose desde el mes de agosto del año 2007 hasta la presente fecha.

En un principio, el programa fue pensado para ser diseñado dentro de un número específico de sesiones. Sin embargo, diferentes consideraciones han influido para que éste no tenga una duración limitada, sino que la terapia grupal se mantenga como un programa de intervención permanente dentro de la dinámica de la Casa de Acogida.

Una de las consideraciones para tomar está decisión, aparte de las mencionadas en el capítulo anterior respecto de las Dimensiones Constitutivas, radica en la variabilidad del tiempo de acogida de cada mujer. A pesar de que el reglamento de la Casa de Acogida determina un tiempo máximo de estadía de tres meses, muchas consideraciones sobre la situación y el proceso personal pueden extender considerablemente este tiempo. En cuanto al tiempo mínimo, éste puede ser incluso de un día.

Así, aunque todas las personas acogidas en la Casa a la fecha de una sesión, han podido participar de la misma, solo han sido consideradas para la evaluación, aquellas con procesos sostenidos y significativos en cuanto al tiempo de acogida.

De esta manera, para que los resultados obtenidos puedan considerarse representativos, se considerarán a aquellas personas que hayan asistido a tres sesiones o más.

5.1 EVALUACIÓN FINAL

La variabilidad en el tiempo de acogida de las mujeres, también influye al momento de tomar otras decisiones como por ejemplo aquellas relacionadas con la evaluación final.

Dentro de la metodología de intervención de la Casa María Amor, el proceso de la salida, “Un Nuevo Comienzo”, es considerado de suma importancia ya que determinará el tipo de relación que la mujer mantenga con la institución una vez fuera de ella. Dentro de esta etapa está considerado el cierre de los procesos realizados con las diferentes modalidades de atención. Se intenta que cada mujer reconozca los logros alcanzados durante su período de acogida, especialmente diferenciándolos del estado al momento del ingreso. Lo propio ocurre desde la modalidad de psicología.

Una vez que el equipo conoce de la decisión de una mujer de abandonar la Casa, se despliega un conjunto de instrumentos para evaluar su proceso y promover su despedida.

El proceso terapéutico debe ser cerrado en dos niveles: el individual y el grupal. A nivel grupal se promueve que en la última sesión a la que asista, el grupo pueda dirigirse cálidamente hacia ella para expresar todo cuanto deseen comunicar; recomendaciones, deseos de éxitos, manifestaciones de afecto y palabras de despedida.

A nivel individual, se mantiene una última sesión en donde se realiza un recuento del proceso y la evaluación respectiva.

Esta evaluación se realiza en función de los objetivos terapéuticos, individuales y grupales planteados al inicio del proceso. Para esto es indispensable la propia percepción de la mujer sobre su estado actual. Considerando la completa y sobre todo amplia evaluación inicial, no es recomendable realizar un re-test para comparar

la evolución, puesto que esto podría ser considerado como una forma de revictimización.

Se considera entonces, la propia percepción de la paciente sobre cada uno de los aspectos evaluados inicialmente.

Este tipo de evaluación encuentra también respaldo, en el hecho de que en las intervenciones tanto a nivel grupal como individual, se busca que cada persona sea capaz de reconocer su propio estado emocional y sus propias necesidades, pudiendo así ser respetadas también por terceros. Así es congruente, valorar la propia evaluación que la mujer pueda hacer sobre sí misma, luego de una profundización en el autoconocimiento.

Además se realiza un análisis comparativo sobre la situación general de la mujer en lo que se refiere a aspectos varios de la situación de violencia como: la sensación de apoyo, capacidad y libertad de expresión y sobre todo el nivel de conocimiento y conceptualización sobre violencia, diferenciando este estado de su similar al momento del ingreso.

A continuación describiremos los resultados obtenidos, en la evaluación final de las mujeres, tanto de aquellas realizadas al momento de la salida como al momento del corte. Para esto, haremos mención a los objetivos descriptos en el capítulo anterior.

5.1.1 Con relación a la problemática

- **Objetivo No. 1.- Favorecer en las participantes, la expresión verbal y emocional del evento traumático experimentado, expresión de sentimientos a través del relato.-**

“Cuando se está frente a un sujeto con poder se inhibe la palabra...”⁵⁸

Dentro de las relaciones de violencia, el silencio se va convirtiendo poco a poco en la manera más efectiva de ir formando a una víctima. Una mujer que vive esta realidad se ve obligada a callar por miedo, vergüenza, pudor o incluso como una manera de

⁵⁸ Giberti, Eva: Seminario *Vergüenza y género mujer*, Buenos Aires, 1992

asegurar su vida. El silencio se vuelve entonces, la garantía para la impunidad, quitándole a la mujer, como dice Velásquez, “*el poder de denunciar, explicar, censurar, condenar y legitimar un lenguaje que permita simbolizar la experiencia de violencia*”.⁵⁹

Brindar a una víctima la posibilidad de expresar en palabras la experiencia traumática se convierte ya, por sí misma en un paso para la recuperación, al ofrecerle un espacio de credibilidad y respeto.

En la figura 5.1 podemos observar la percepción de las mujeres participantes respecto de su capacidad para hablar libremente sobre sus experiencias de violencia.

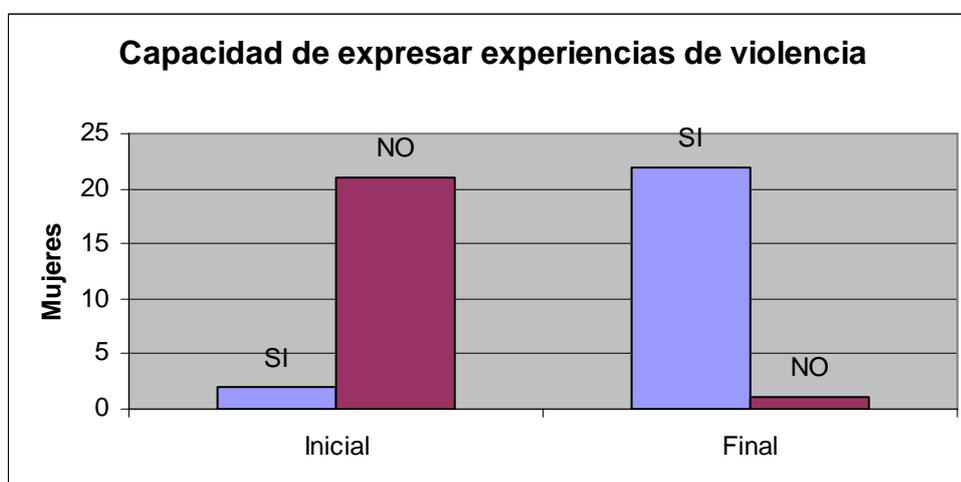


Figura 5.1

Fuente: Cuestionario aplicado a mujeres participantes de terapia grupal acogidas en Casa María Amor, Agosto de 2007.

Autora: Lcda. Mónica Mejía P.

Al momento de la evaluación inicial un total de 21 mujeres, equivalentes al 91% referían no haber podido hablar anteriormente sobre la violencia de la que estaban siendo víctimas. Este elemento no resulta sorprendente, en especial si se lo considera como un efecto directo del aislamiento sistemático al que se procura someter a la víctima. Poco a poco, el agresor va logrando que la mujer pierda sus vínculos sociales e incluso familiares, haciendo que el hecho se mantenga en silencio y consecuentemente, en la impunidad.

⁵⁹ Velásquez, Susana, *Sobre víctimas y victimarios* (Segunda parte),

Luego de la aplicación del programa, solo una mujer, equivalente al 4% del total de participantes mantenía esta afirmación, mientras que el 96% reconocía en el espacio grupal un ambiente propicio para que su experiencia fuera expresada, comprendida y respetada.

El ponerle palabras a la experiencia, por traumática y dolorosa que ésta sea, se convierte en una de las primeras estrategias para enfrentarse al fantasma. Encontrar las palabras, para poder nombrar lo innombrable, se convierte en el primer reto a alcanzar.

*“...Yo no tenía con quien hablar, porque aunque yo quisiera, él decía que si abría la boca, me mataba”*⁶⁰

El poder decir, brinda a la víctima una oportunidad inicial para desafiar el poder del agresor.

El poder hacer uso de palabras para significar la experiencia promueve a que la mujer pueda ordenar sus sentimientos, ideas y pensamientos para darles forma, diferenciándolos de un estado donde solo hubo miedo y confusión.

- Objetivo No. 2.- Promover el reconocimiento de la mujer como víctima de violencia

El fundamento para plantear este objetivo radica en la alta frecuencia con que las mujeres tienden a culpabilizarse a sí mismas de los hechos violentos. Aquí se ponen en juego una serie de creencias personales, sociales y culturales que contribuyen a legitimar las relaciones violentas de hombres hacia las mujeres. Incluso ellas mismas pueden llegar a justificar la conducta violenta, restando responsabilidad al agresor sobre los hechos. Este tipo de mecanismos están generalmente asociados a procesos de tipo subconsciente o profundo, que no son fácilmente detectables a simple vista y requiere de la observación y el análisis clínico.

Sin embargo, aunque resulte llamativo e incluso sorprende, en especial por las especificaciones de una organización como María Amor, varias mujeres pueden

⁶⁰ Testimonio de una mujer de Casa María Amor

encontrar dificultad para identificarse como víctimas, aunque esto resulte evidente para su entorno.

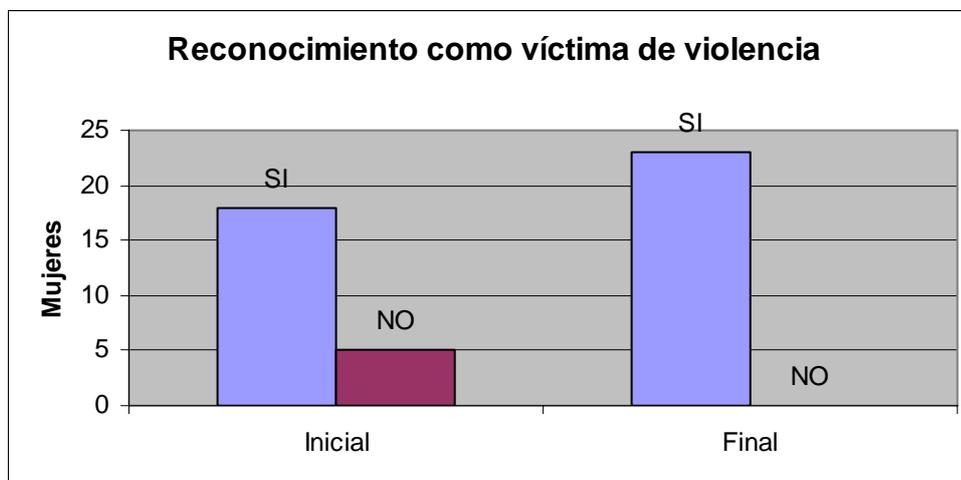


Figura 5.2

Fuente: Cuestionario aplicado a mujeres participantes de terapia grupal acogidas en Casa Maria Amor, Agosto de 2007.

Autora: Lcda. Mónica Mejía P.

Como se puede observar en la figura 5.2, durante la evaluación inicial, un número 5 mujeres, equivalente al 22% afirmaba no ser una “víctima” de violencia intrafamiliar.

Al respecto, además de los altos niveles de negación que suelen ir de la mano de las experiencias de violencia, cabría establecer la relación de esta falta de reconocimiento con el tipo de demanda con que las pacientes llegan a la consulta; es decir, diferenciándolas de ser una demanda propia de la mujer o proveniente de terceros, allegados o concedores de la situación en su afán de ayudar a la víctima; sin embargo este tema podría ser por sí mismo otro tema de investigación.

Durante la evaluación final, todas habían alcanzado, en algún momento de la terapia, identificarse como víctimas de violencia.

No se intenta que la mujer se estanque duraderamente en esta concepción de sí misma. Sin buscar equiparar al hecho de sufrir violencia, con un trastorno como el alcoholismo; hacer una asociación con el mismo puede resultar útil para explicar la importancia del reconocimiento, como primer paso para la recuperación. Esto

contribuye a crear un ambiente patodistónico dentro del cual sea posible trabajar. Existen otros beneficios adicionales que se obtienen al decir “fui víctima de violencia”. En primer lugar, se produce un distanciamiento con el efecto traumático, facilitando ubicarlo como algo no vigente en la realidad presente por haber ocurrido en el pasado. En segundo lugar, se produce al mismo tiempo una actualización del trauma, aunque en un nivel no nocivo de exposición, haciendo posible la elaboración. En tercer lugar, pero casi simultáneamente, el decir “fui víctima” produce casi de forma inevitable una proyección hacia el futuro.

Este objetivo no solo se consiguió con aquellas mujeres que no reconocían la violencia ejercida sobre ellas. En el caso del restante 78% el trabajo consiguió que pudieran identificar otras maneras en que eran violentadas.

La evolución en el proceso de reconocimiento de cada mujer dentro del grupo, puede evidenciarse mediante la figura 5.3.

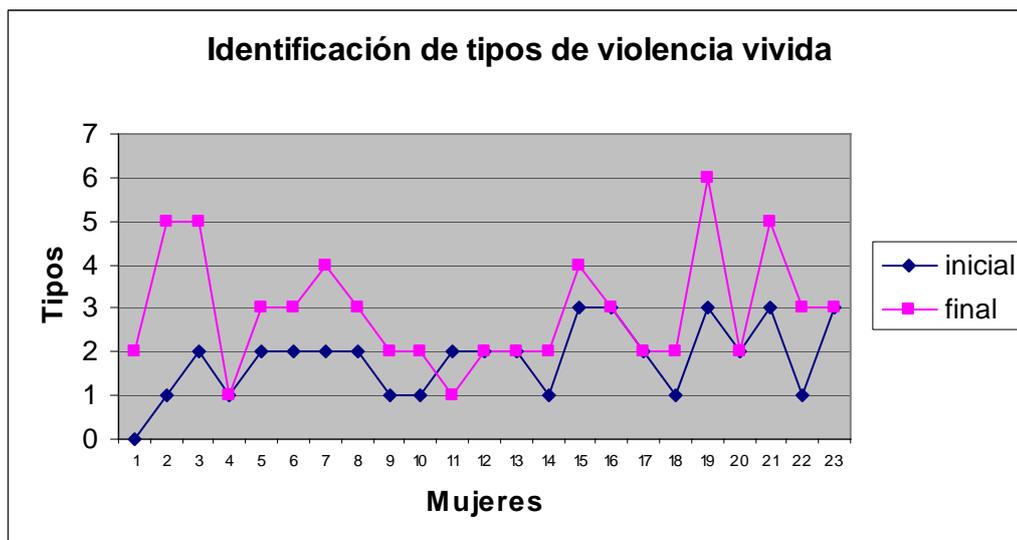


Figura 5.3

Fuente: Cuestionario aplicado a mujeres participantes de terapia grupal acogidas en Casa Maria Amor, Agosto de 2007.

Autora: Lcda. Mónica Mejía P.

En la evaluación inicial, las mujeres identificaban como promedio, haber sido víctimas de 1,8 tipos de violencia, en su mayoría física; mientras que en la evaluación final el promedio de tipos violencia sufridos e identificados fue de 2,9.

No resulta relevante solo el hecho de que cada mujer aumentara su percepción sobre diferentes tipos de violencia vivida; sino que es importante sobre todo destacar la manera en que un tipo de violencia no se presenta de manera aislada. Durante la evaluación inicial es común escuchar argumentos de parte de las mujeres, tales como “*el solo me ha pegado*”. Mediante la intervención el grupo va comprendiendo que para llegar a las instancias de agresiones físicas, han debido darse una serie de elementos comprendidos en el proceso de victimización como tal, que crean el ambiente propicio para que el golpe se presente.

Otra consecuencia importante respecto de esta ampliación del concepto de violencia en el grupo se refiere a que, aunque no exista una demanda explícita de violencia sexual, luego de conocer sobre los diferentes matices en que ésta puede presentarse, desde los más sutiles hasta los más evidentes, existe un aumento en más del 60% en reconocer que las mujeres son también víctimas de violencia sexual al interior de sus hogares, espacio concebido como seguro, rompiendo así con mitos, estereotipos y perjudiciales ideas preconcebidas.

Dentro del servicio de Psicología en la Casa María Amor y luego del acercamiento teórico y práctico a la problemática de violencia, se ha venido diseñando de manera inédita un instrumento que resulta muy útil para promover este reconocimiento. A pesar de que el instrumento que he dado por llamar “*Historia Gráfica de Violencia*” no es aún un método estandarizado o validado científicamente, es importante mencionarlo por el beneficio que ofrece a nivel terapéutico. Es recomendable manejarlo con sutileza pues el resultado final puede provocar en la mujer, e incluso en el examinador, un fuerte impacto emocional al reflejar todos los episodios de violencia de que la mujer ha sido víctima.

A continuación la figura 5.4 muestra uno de los resultados obtenidos.

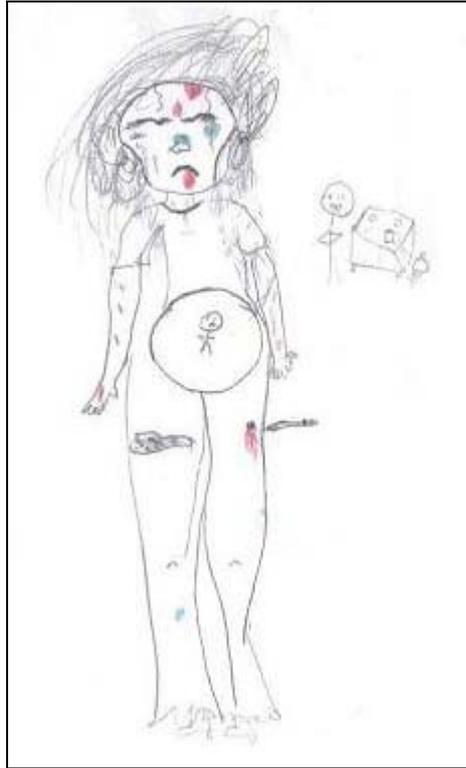


Figura 5.4

Fuente: Historia Gráfica de Violencia aplicada a paciente víctima de violencia intrafamiliar acogida en Casa María Amor.

Autora: Mónica Mejía P.

El gráfico demuestra 13 años de violencia vivida por una de las mujeres participantes en el programa, en donde se evidencia la presencia de golpes, contusiones, heridas quemaduras de hasta segundo grado, abortos y muchos otros elementos experimentados como atentados incluso hacia la propia vida.

- Objetivo No. 3.- Ser un espacio de contención y sostén emocional

Inicialmente, antes de que cada mujer pudiera acceder al espacio de la terapia grupal, indicaba en su evaluación el nivel de apoyo que había podido percibir de su entorno respecto de la citación de violencia.

La evolución de la percepción de apoyo y sostén emocional puede evidenciarse en la figura 5.5.

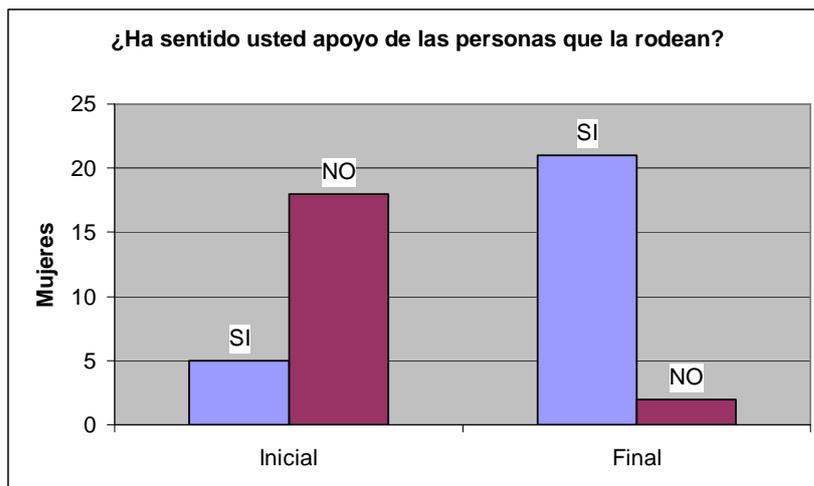


Figura 5.5

Fuente: Cuestionario aplicado a mujeres participantes de terapia grupal acogidas en Casa Maria Amor, Agosto de 2007.

Autora: Lcda. Mónica Mejía P.

Como muestra el gráfico 5.5 el 78% del grupo no sentía apoyo de sus familiares o de otras personas cercanas. Es comprensible que este porcentaje sea tan elevado, especialmente considerando que de sentir apoyo del entorno, una mujer no tendría que hacer uso de una Casa de Acogida para escapar de la violencia.

Durante al evaluación final, el 91% de participantes identificaban en las compañeras y del grupo en general, una fuente sostén y contención que podría apoyarlas para salir de la violencia.

- **Objetivo No. 4.- Lograr un conocimiento lo más completo posible, sobre la violencia de género en la familia**

Dentro del presente programa, el conocimiento sobre la problemática de violencia está considerado como uno de los elementos fundamentales. Esto es así, incluso al nivel de sostener que de este descubrimiento, de lo desconocido, surge la recuperación en otros aspectos.

El conocimiento constituye el primer requisito para promover el empoderamiento, proceso que acompaña a la recuperación y a la transición entre víctima y

sobreviviente. Permite a la víctima retomar el poder que le ha sido arrebatado mediante el uso de métodos abusivos y coercitivos, le permite reconocerse a sí misma, a sus propias capacidades de control sobre su vida, su historia y su cuerpo. Contribuye a lograr que las mujeres sean capaces de tomar decisiones respecto a su vida, su contexto cercano o inmediato, así como también sobre el contexto más amplio o social.

A través del conocimiento, la mujer puede dar respuesta al gran *¿por qué?* que habita en su mente y la atormenta al no poder encontrar una explicación.

Cada sesión, independientemente del tema a tratar, intenta dejar en la mujer un nuevo conocimiento a ser incorporado. Esta sobreentendido que a pesar de existir muchas investigaciones e información disponible, el tema de violencia aún es un ámbito en el que queda mucho por escribir y descubrir. Sin embargo, el acercamiento a temas básicos es indispensable.

Uno de esos temas básicos se refiere a las diferentes formas que puede adquirir la violencia.

Al respecto podemos ver los resultados de la evaluación inicial y final a través de los gráficos 5.6 y 5.7 respectivamente.

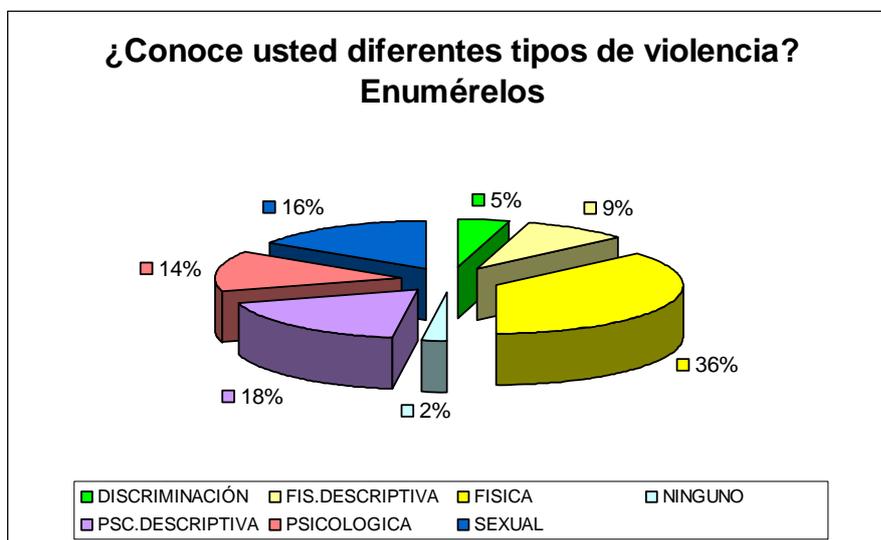


Figura 5.6

Fuente: Cuestionario aplicado a mujeres participantes de terapia grupal acogidas en Casa Maria Amor, Agosto de 2007.

Autora: Lcda. Mónica Mejía P.

Si nos remitimos a la figura 5.6 podremos observar cómo la concepción inicial del grupo sobre violencia se restringe mayoritariamente a tres de sus manifestaciones, excepto en el caso del 5 % que identifica a la discriminación como una forma de violencia y el restante 2% que no responde.

Al momento de la evaluación inicial, la mayor parte de las mujeres asociaban la violencia con tres de sus manifestaciones más comunes y evidentes, a saber, la violencia física, la violencia psicológica y la violencia sexual. Al 36% le resultó relativamente fácil identificar a la violencia con la manifestación física de la misma; la violencia psicológica fue identificada por el 14% y la violencia sexual por el 16%. Sin embargo a estos porcentajes deben sumarse otras respuestas asociadas a las mismas categorías pero expresadas inicialmente sin una adecuada conceptualización. Varias mujeres se refirieron a la violencia física (9%) y a la violencia psicológica (18%) en términos descriptivos tales como “*violencia es pegar, patear dar puñetes, insultar amenazar, etc.*”

Una vez aplicado el programa y realizada la evaluación final, los resultados son significativamente diferentes, tanto a nivel cuantitativo como cualitativo.

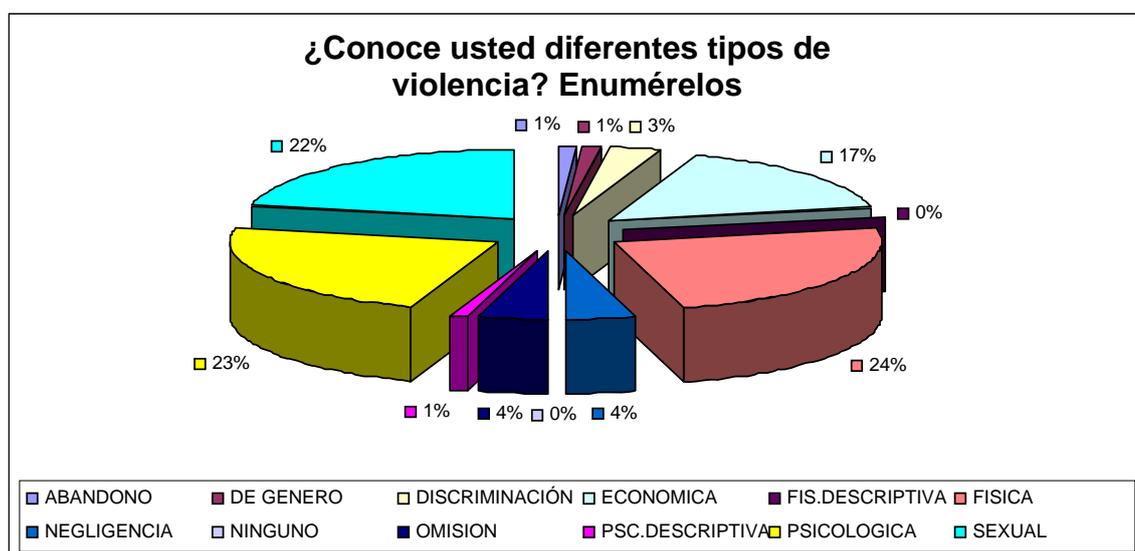


Figura 5.7

Fuente: Cuestionario aplicado a mujeres participantes de terapia grupal acogidas en Casa Maria Amor, Agosto de 2007.

Autora: Lcda. Mónica Mejía P.

En la figura 5.7 se puede evidenciar la forma en que el concepto de violencia manejado por el grupo hasta la evaluación final, es mucho más amplio que el inicial. Se integran a este, aquellas manifestaciones mucho más sutiles, pero igual de perjudiciales para la víctima. Poco a poco, aunque no del todo, el significado de violencia va separándose del golpe o de la violación, para acercarse a la idea de un proceso más complicado, que involucra otros matices. Aparece con una representación muy importante (17%) la idea de violencia económica. Empiezan a aparecer en el imaginario del grupo, otras figuras nuevas; palabras quizá nunca antes escuchadas por algunas de las participantes o simplemente jamás asociadas antes con el concepto de violencia. Así, aunque aún en porcentajes pequeños, empiezan a barajarse conceptos como abandono (1%), discriminación (3%), negligencia (4%), omisión (4%) y violencia de género (1%).

El aumento a nivel cuantitativo se evidencia al comparar el promedio de tipos de violencia conocido por el grupo inicialmente, equivalente a 1,9 tipos; mientras que al final, el grupo conoce, identifica y diferencia un promedio de 4,17 tipos de violencia.

A nivel cualitativo se puede ver que el número de personas expresándose a nivel descriptivo, se reduce significativamente, para pasar a un nivel conceptual.

Esta comparación entre la evaluación inicial y final puede apreciarse claramente en la figura 5.8.

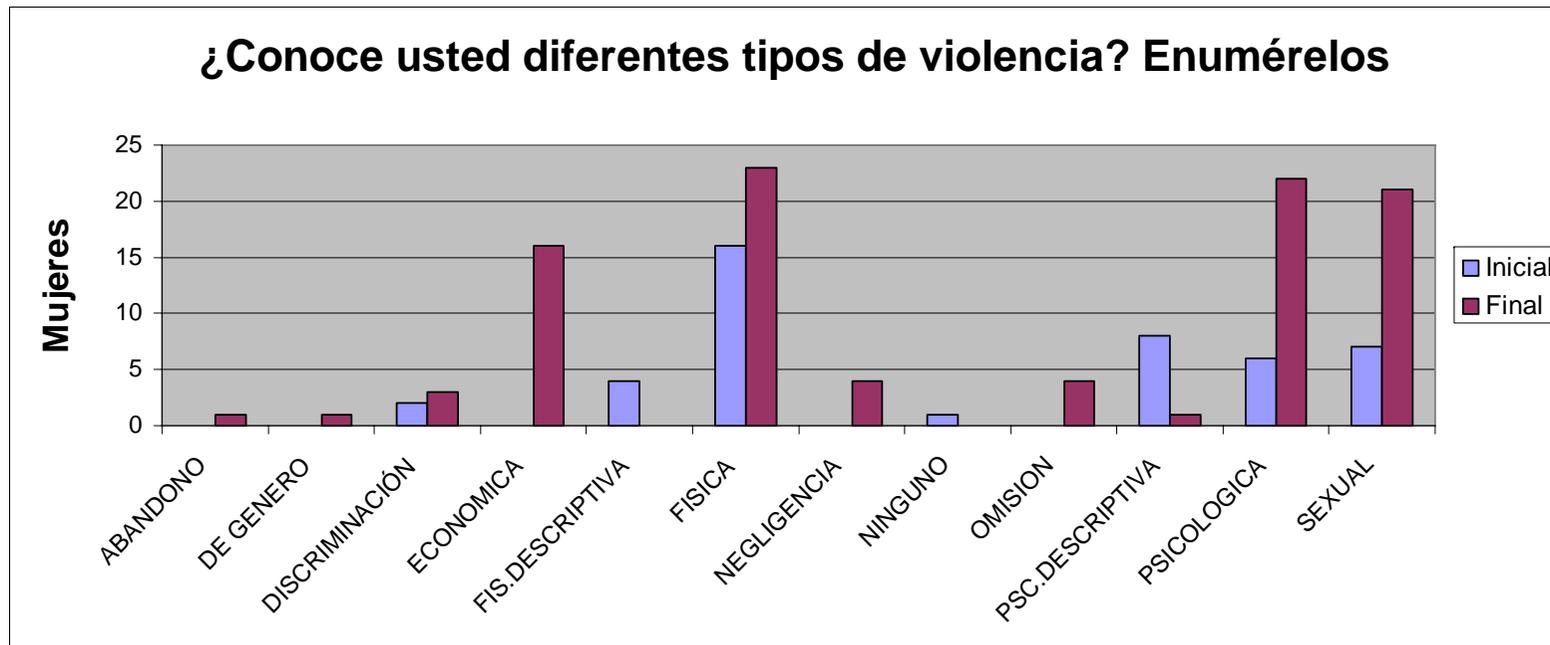


Figura 5.8

Fuente: Cuestionario aplicado a mujeres participantes de terapia grupal acogidas en Casa Maria Amor, Agosto de 2007.

Autora: Lcda. Mónica Mejía P.

Otro elemento que ha sido trabajado hace referencia a la atribución psicológica que las mujeres daban al problema.

La atribución psicológica inicial que las mujeres otorgan al problema se evidencia gráficamente en la figura 5.9.

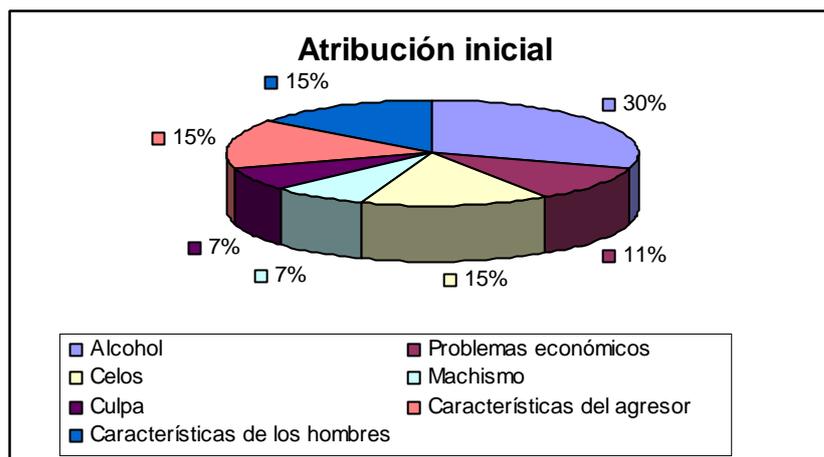


Figura 5.9

Fuente: Cuestionario aplicado a mujeres participantes de terapia grupal acogidas en Casa Maria Amor, Agosto de 2007.

Autora: Lcda. Mónica Mejía P.

Como se observa en el gráfico, durante la evaluación inicial el 30% del grupo atribuía la conducta violenta a los efectos del alcohol; en un 30% las mujeres lo atribuían a condiciones concebidas, en general, como propias del sexo masculino y en particular, del agresor; el 15% encontraba la explicación en los celos y un 11% lo atribuía a problemas económicos. Solo un 7% mencionó elementos relacionados con concepciones machistas y otro 7% asumía la responsabilidad de los hechos.

Luego de la aplicación del programa se ha producido un importante cambio en la percepción de las mujeres sobre el elemento causal de la violencia. Los resultados finales pueden ser observados en la figura 5.10.

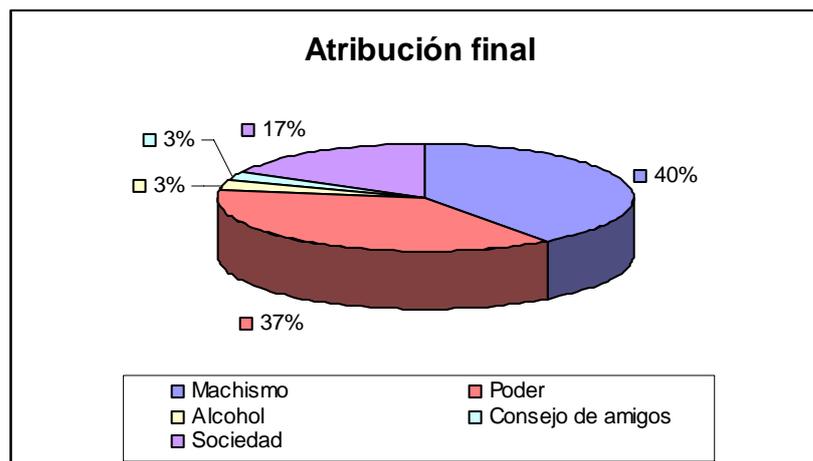


Figura 5.10

Fuente: Cuestionario aplicado a mujeres participantes de terapia grupal acogidas en Casa Maria Amor, Agosto de 2007.

Autora: Lcda. Mónica Mejía P.

Al momento de la evaluación final, la mayor parte del grupo lograba identificar a los elementos antes considerados como causales (alcohol, problemas económicos, celos, etc.) solo a nivel de factores de riesgo que aumentan la posibilidad de que la conducta violenta se manifieste. El 40% atribuía el origen de la violencia en las concepciones machistas que permiten perennizar la idea de superioridad del sexo masculino sobre el femenino. Un 37% establecía como elemento causal en las relaciones de poder y dominio del hombre sobre la mujer, que lo hacen percibir a la mujer como un objeto de su propiedad y a su disposición. El 17% de las respuestas incluían elementos referentes a la sociedad como generadora y mantenedora de los estereotipos de género que justifican y validan la violencia de género en la familia. Finalmente se mantenía respuestas referentes al alcohol y al consejo de amigos en 3% respectivamente.

Además se evaluó comparativamente la percepción del grupo sobre su propio nivel de conocimiento a cerca del tema. El resultado inicial y final puede observarse en los gráficos 5.11 y 5.12 respectivamente.

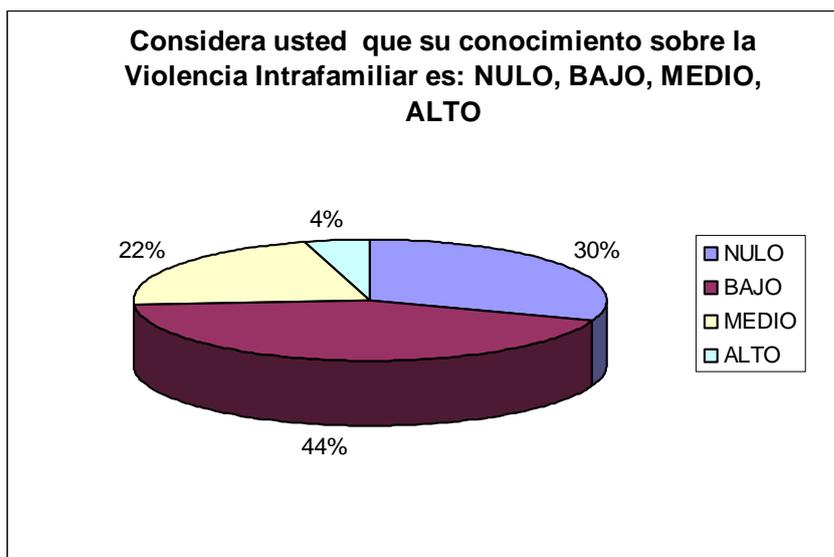


Figura 5.11

Fuente: Cuestionario aplicado a mujeres participantes de terapia grupal acogidas en Casa Maria Amor, Agosto de 2007.

Autora: Lcda. Mónica Mejía P.

En la evaluación inicial el 30% y 44% del grupo reconocía tener un nivel de conocimiento nulo y bajo respectivamente, frente al 22% que consideraba tener un nivel medio y solo un 4% decía poseer un nivel alto.

La figura 5.12 grafica la evolución obtenida luego del programa, según la percepción de las participantes.

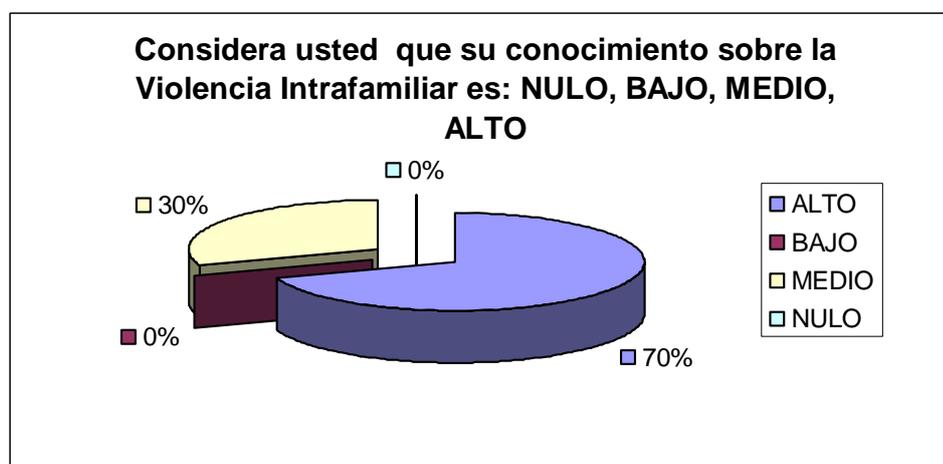


Figura 5.12

Fuente: Cuestionario aplicado a mujeres participantes de terapia grupal acogidas en Casa Maria Amor, Agosto de 2007.

Autora: Lcda. Mónica Mejía P.

A continuación, en la figura 5.13 podemos observar simultáneamente los niveles iniciales y finales del grupo en cuanto a la propia percepción sobre el conocimiento de la violencia.

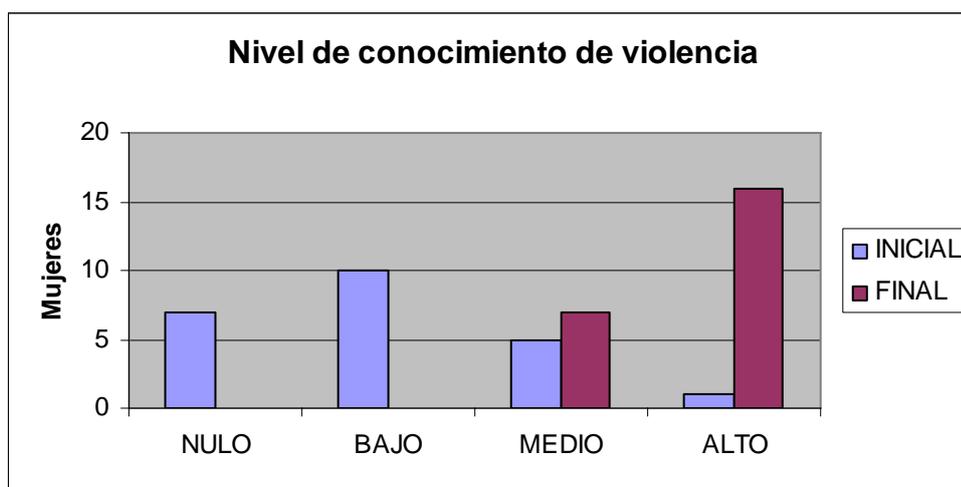


Figura 5.13

Fuente: Cuestionario aplicado a mujeres participantes de terapia grupal acogidas en Casa Maria Amor, Agosto de 2007.

Autora: Lcda. Mónica Mejía P.

- **Objetivo 5.- Adquirir entrenamiento en habilidades sociales**

Dentro del diseño del programa, el entrenamiento en habilidades sociales ha sido contemplado como uno de los elementos impulsores de la recuperación. De hecho, el restituir la capacidad de retomar las relaciones sociales, sin el riesgo de que éstas puedan convertirse en abusivas o reforzadoras de la conducta sumisa, puede potenciar e incluso acelerar el inicio de una nueva historia.

Luego de promover en el grupo un acercamiento hacia el conocimiento de los propios derechos, inicia el trabajo por restituirlos y hacerlos respetar. Para conseguirlo, el trabajo en asertividad es indispensable dentro de un programa de ésta naturaleza.

Gracias a la aplicación de técnicas específicas para este fin, la planificación ha tenido presente la necesidad de brindar espacios para que las mujeres puedan comprender el principio de la asertividad como el medio para hacer respetar sus derechos sin atropellar los de las demás personas, pero sobre todo dando prioridad al propio bienestar.

Así, como podemos observar en el gráfico 5.14, la percepción sobre la propia asertividad en las mujeres sufre un cambio ampliamente significativo comparando la evaluación inicial y la final.

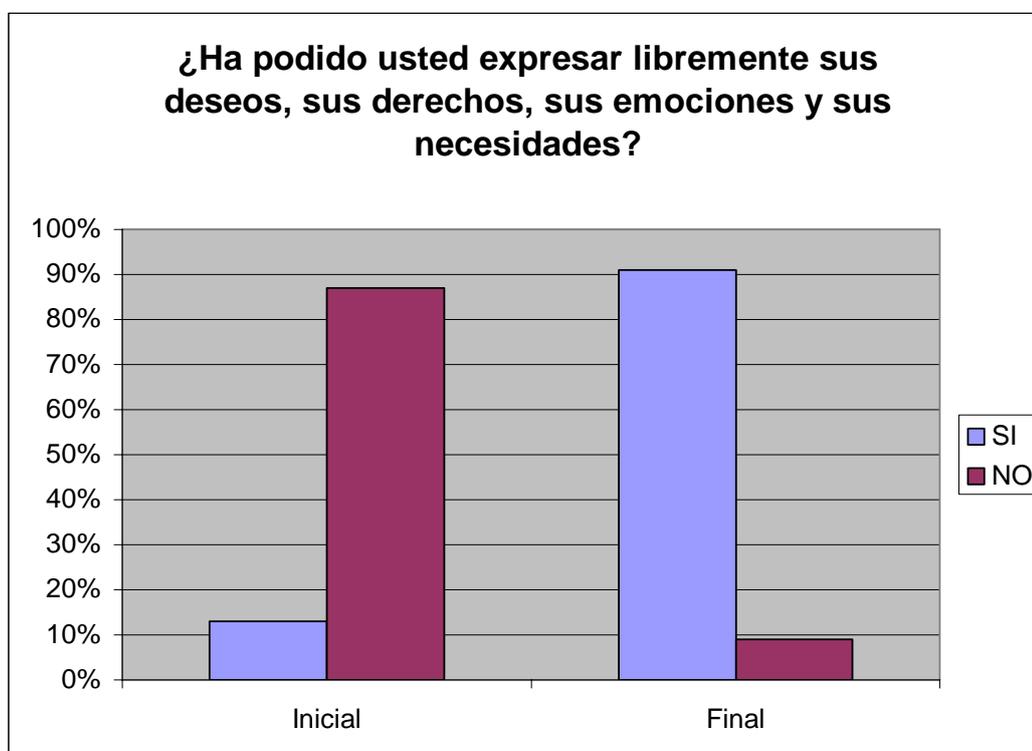


Figura 5.14

Fuente: Cuestionario aplicado a mujeres participantes de terapia grupal acogidas en Casa Maria Amor, Agosto de 2007.

Autora: Lcda. Mónica Mejía P.

Se puede deducir entonces que, la evaluación inicial, en donde el 97% del grupo se manifestaba negativamente, se vuelca casi de forma total hacia una respuesta afirmativa en el 91% de los casos, indicando que la mayor parte del grupo encontró

en la terapia, el ambiente y las estrategias necesarias para poder expresar, valorar y hacer respetar sus derechos, deseos y necesidades.

5.1.2 En relación con la sintomatología o trastorno

- **Objetivo 1.- Neutralizar y/o reducir la sintomatología asociada con cuadros clínicos que pudieran estar presentes (síntomas de estrés postraumático, ansiedad y depresión)**

Considerando la amplitud de aspectos abordados por el programa, es difícil establecer una relación Causa – Efecto entre las técnicas aplicadas y los resultados obtenidos. Sin embargo, es importante reconocer que cada elemento del diseño aporta de manera relevante para la consecución de cada uno de los objetivos planteados.

De esta manera, todas las técnicas empleadas y descritas anteriormente contribuyen a reducir la sintomatología asociada con trastornos o cuadros clínicos que se presentan en la mayor parte de mujeres que han sido víctimas de violencia.

Las consecuencias directas de esta problemática suelen estar asociados con altos niveles de depresión y ansiedad y un significativo deterioro de la autoestima.

En las figuras 5.15, 5.16 y 5.17 podremos observar comparativamente la evaluación inicial y final de autoestima del grupo.

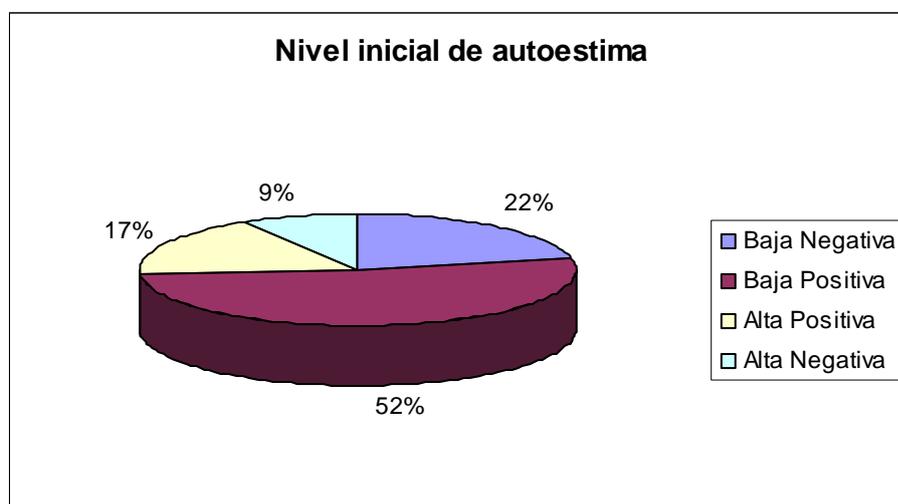


Figura 5.15

Fuente: Evaluación realizada a mujeres participantes de terapia grupal acogidas en Casa Maria Amor, Agosto de 2007.

Autora: Lcda. Mónica Mejía P.

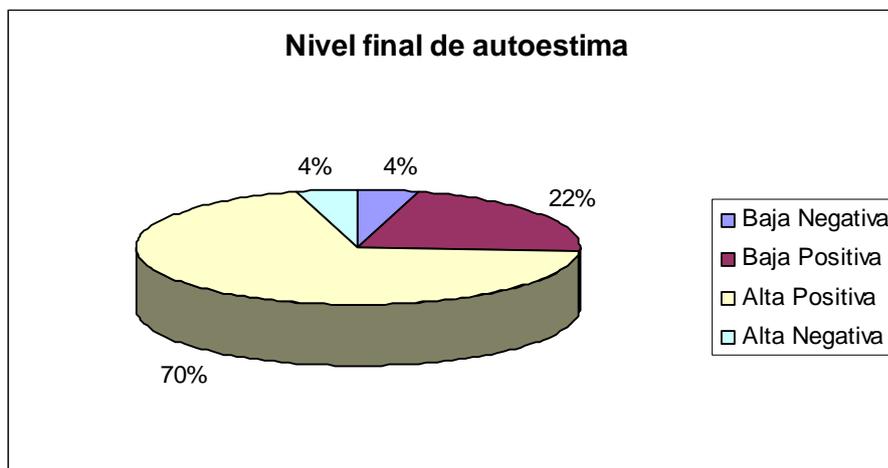


Figura 5.16

Fuente: Evaluación realizada a mujeres participantes de terapia grupal acogidas en Casa Maria Amor, Agosto de 2007.

Autora: Lcda. Mónica Mejía P.

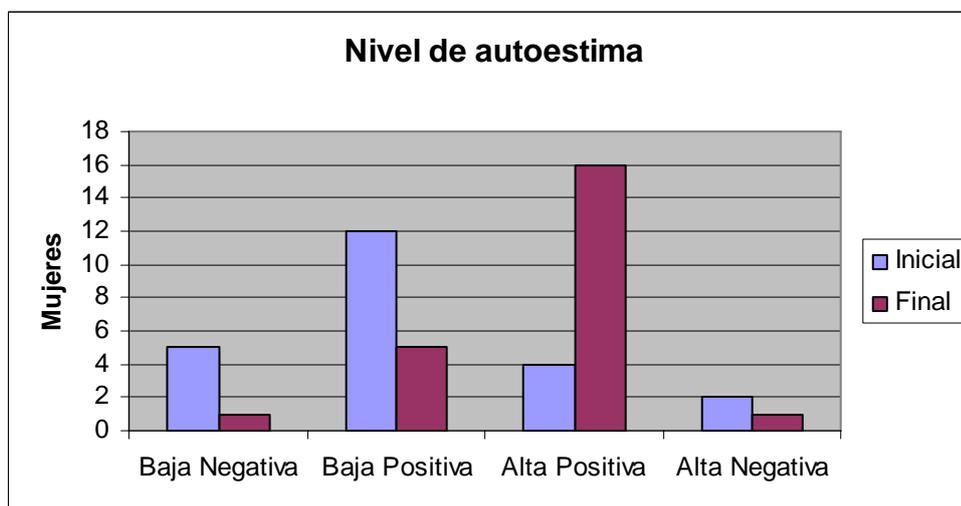


Figura 5.17

Fuente: Evaluación realizada a mujeres participantes de terapia grupal acogidas en Casa Maria Amor, Agosto de 2007.

Autora: Lcda. Mónica Mejía P.

Como resultado del trabajo en las sesiones, el grupo pudo construir un concepto propio de autoestima, desde donde se enfocó el abordaje. Para el Grupo Terapéutico Autoestima es “la capacidad de amarse y quererse uno mismo por sobre todas las cosas, aceptándonos como somos, valorando lo que tenemos y siendo positivas. Nos permite respetarnos y hacernos respetar, querer a quienes nos rodean, compañeras, hijos, etc. haciéndome amar viendo mis virtudes y defectos, defendiendo mis derechos, siendo útil en la vida y reconocerlo.”

En lo que a depresión se refiere, al momento de la evaluación inicial las puntuaciones del grupo se encuentran bastante distribuidas entre los cinco niveles establecidos en el Inventario de Depresión de Beck, sin embargo resulta preocupante el alto porcentaje de mujeres que describen una sintomatología de nivel grave (22%) y extremo (13%). (Figura 5.18).

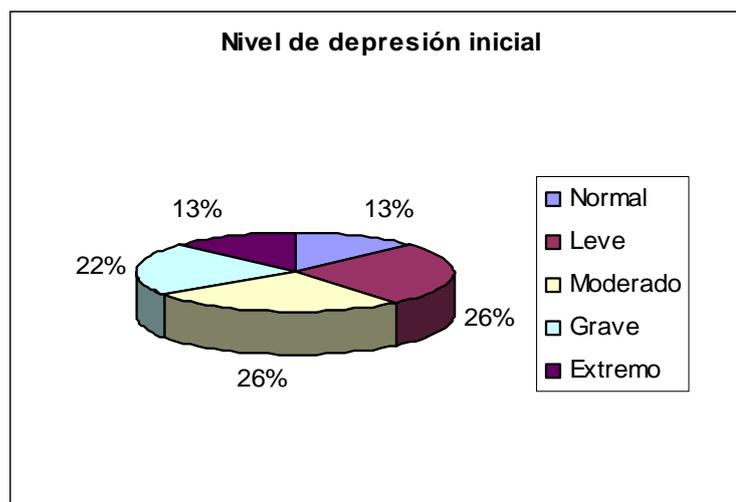


Figura 5.18

Fuente: Evaluación realizada a mujeres participantes de terapia grupal acogidas en Casa Maria Amor, Agosto de 2007.

Autora: Lcda. Mónica Mejía P.

Esta sintomatología, por concordar con los criterios diagnósticos establecidos en el DSM-IV para el Trastorno Depresivo Mayor, ha debido ser tratada además farmacológicamente, a través de interconsulta. Este tratamiento conjunto no ha representado un impedimento para que las personas que lo reciben puedan participar en la terapia grupal.

En la evaluación final, los resultados obtenidos son muy alentadores (Figura 5.19)

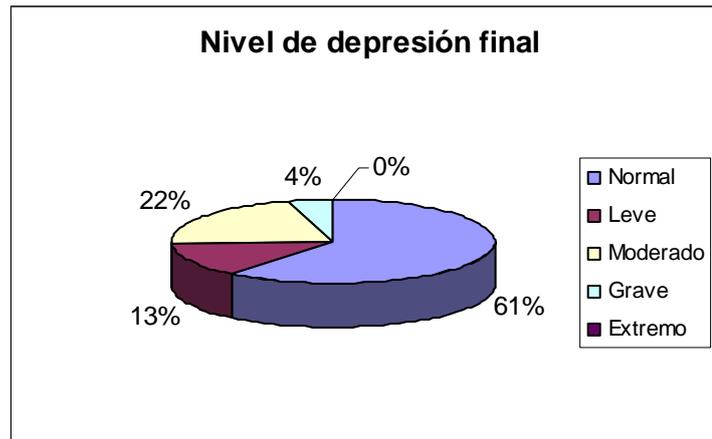


Figura 5.19

Fuente: Evaluación realizada a mujeres participantes de terapia grupal acogidas en Casa Maria Amor, Agosto de 2007.

Autora: Lcda. Mónica Mejía P.

La mayor parte de las participantes percibía haber experimentado una reducción considerable de su nivel de depresión. El 61% del grupo percibía haber alcanzado el estado de ánimo calificado como normal. A pesar de que el nivel extremo había desaparecido por completo, el 4% seguía experimentando un nivel de depresión grave. Este mantenimiento de la sintomatología es necesario que sea analizado a nivel individual, por tratarse de una persona que puede encontrarse en riesgo, sin embargo para esta investigación, es la evolución del grupo lo que nos compete destacar.

En la figura 5.20 pueden observarse conjuntamente los niveles inicial y final.

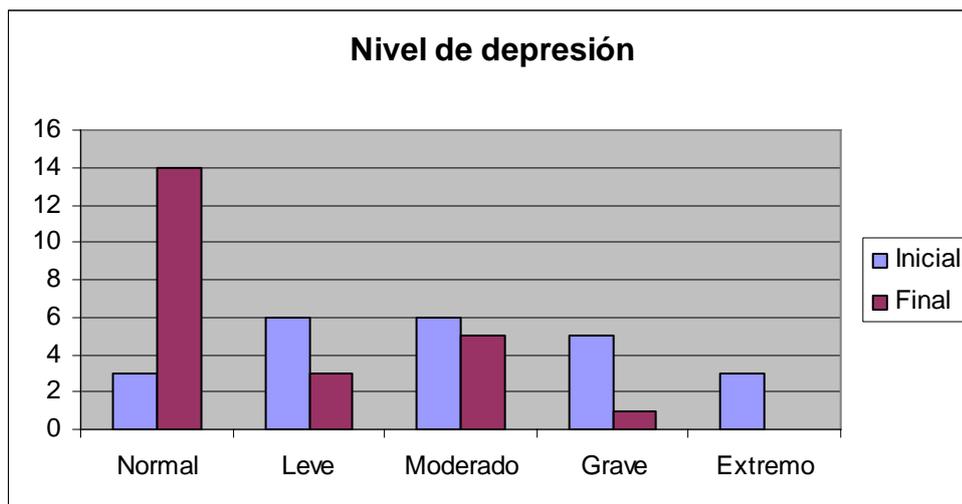


Figura 5.20

Fuente: Evaluación realizada a mujeres participantes de terapia grupal acogidas en Casa Maria Amor, Agosto de 2007.

Autora: Lcda. Mónica Mejía P.

Respecto de la sintomatología ansiosa, la evolución se evidencia mediante las figuras 5.21, 5.22 y 5.23.

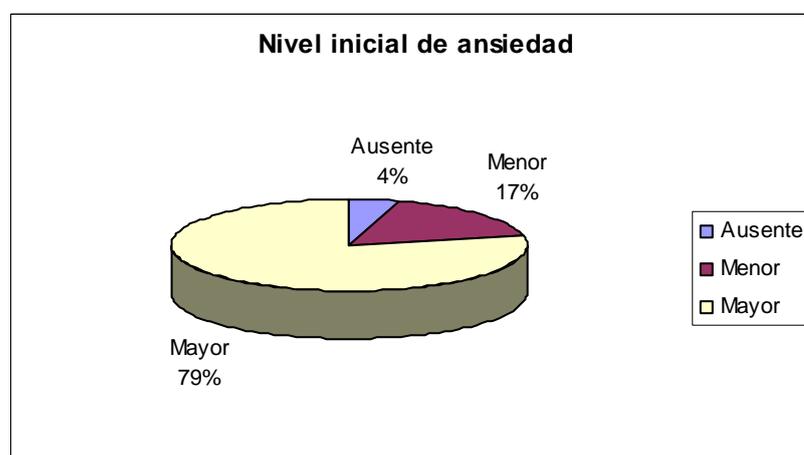


Figura 5.21

Fuente: Evaluación realizada a mujeres participantes de terapia grupal acogidas en Casa Maria Amor, Agosto de 2007.

Autora: Lcda. Mónica Mejía P.

En la evaluación inicial de ansiedad, los resultados obtenidos se consideran también alarmantes por la prevalencia de signos y síntomas de calificación mayor (79%)

dentro del grupo, que sumada a la calificación menor representan la presencia de ansiedad en el 96% de las participantes.

Considerando que el origen de esta sintomatología se asocia con las experiencias de violencia vividas por las mujeres participantes del programa, ésta debe ser contemplada dentro del diagnóstico de Trastorno por Estrés Post-Traumático.

Toro (1998) se refiere al TEPT de la siguiente manera: “*consiste en la presentación de determinados síntomas emocionales y de comportamiento después de la exposición a una situación traumática severa, que implica amenaza de muerte y lesión a uno mismo o a otros*” ⁶¹

La violencia entonces, por sus características concuerda fácilmente con éstas especificaciones para ser considerada como un evento traumático que afecta y amenaza a las personas viviendo en esta situación.

Es común entre las mujeres la presencia de reexperimentación persistente de la relación traumática mediante imágenes recurrentes, pensamientos, sueños, ilusiones, sufrimientos ante estímulos asociados con el trauma, evitación persistentes de los mismos, aumento del estado de alerta , alteraciones en el sueño, irritabilidad, hipervigilancia, dificultades para la concentración, entre otros.

A pesar de la gravedad del cuadro descrito, estas mujeres pueden también participar del dispositivo grupal y beneficiarse satisfactoriamente del mismo.

Así se evidencia en los resultados presentados en la figura 5.22 referente a la evaluación inicial.

⁶¹ TORO, Ricardo; YEPES Luis Eduardo. FUNDAMENTOS DE MEDICINA. PSIQUIATRIA. Corporación para Investigaciones Biológicas, Medellín, Colombia, 1998.



Figura 5.22

Fuente: Evaluación realizada a mujeres participantes de terapia grupal acogidas en Casa Maria Amor, Agosto de 2007.

Autora: Lcda. Mónica Mejía P.

La reducción de los niveles de ansiedad resulta muy significativa. El 43% del grupo percibe una reducción total de la sintomatología ansiosa, mientras que el 53% reconoce la presencia de la misma, considerándola generalmente como “manejable”.

Es necesario destacar que ésta reducción tiene también relación con el ambiente de seguridad que brinda la Casa de Acogida. Las consideraciones respecto de la seguridad son frecuentemente reforzadas por el equipo de trabajo. Además, ésta percepción se da dentro de un ambiente controlado; sufriendo modificaciones o recaídas por las contingencias que pudieran implicar contacto con el agresor al representar un nuevo nivel de exposición y riesgo.

Sin embargo, a largo plazo ésta sensación de seguridad va siendo asimilada por la mujer para integrarse a su repertorio conductual.

La figura 5.23 muestra la evolución de la ansiedad comparando los resultados de la evaluación inicial y la evaluación final.

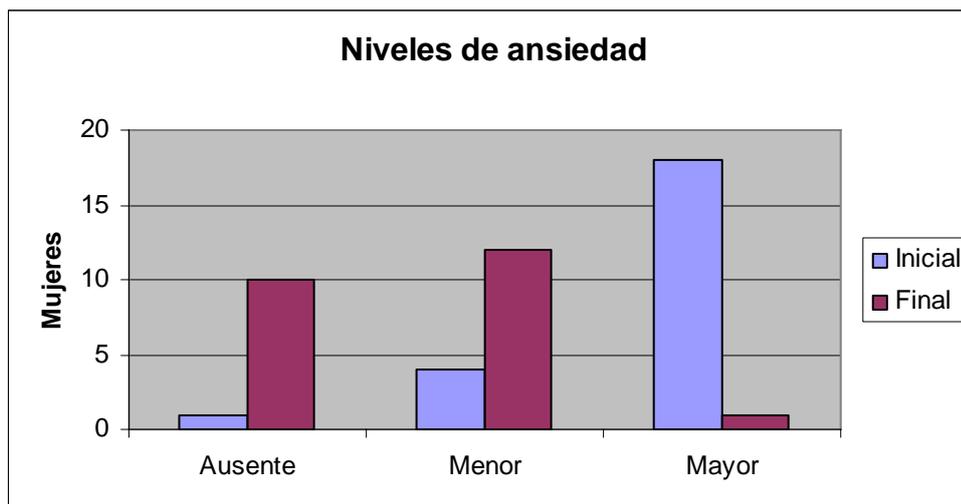


Figura 5.23

Fuente: Evaluación realizada a mujeres participantes de terapia grupal acogidas en Casa Maria Amor, Agosto de 2007.

Autora: Lcda. Mónica Mejía P.

3.1.3 En relación al conocimiento de su personalidad y generación de cambios

- **Objetivo 1.- Favorecer el “autoreconocimiento” y el reencuentro con el propio yo**

El autoreconocimiento o el redescubrimiento del propio yo, como hemos afirmado anteriormente constituye un proceso que puede resultar más complicado y largo como para conseguirlo en 10 o 20 intervenciones.

Sin embargo, por esta misma consideración, es necesario empezar cuanto antes, y el espacio de la terapia grupal es propicio para ello.

Con respecto al conocimiento de la propia personalidad se ha partido de la evaluación a nivel individual, para que luego, en la dimensión grupal, las características propias puedan ser expresadas y valoradas.

De ésta evaluación se han obtenido los resultados graficados en la figura 5.24

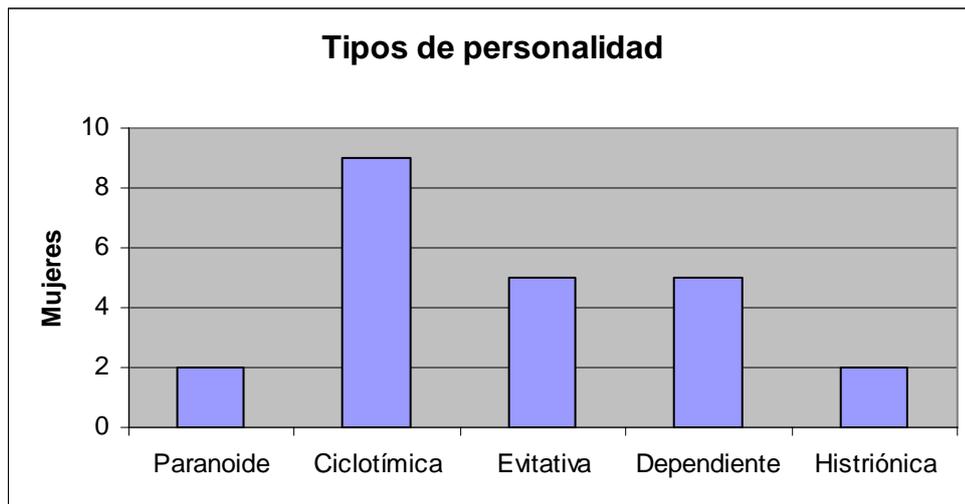


Figura 5.24

Fuente: Evaluación realizada a mujeres participantes de terapia grupal acogidas en Casa Maria Amor, Agosto de 2007.

Autora: Lcda. Mónica Mejía P.

Como hemos afirmado antes, el tipo de personalidad de una mujer no constituye por sí misma un factor de riesgo para ser víctima de violencia. Sin embargo, la prevalencia de rasgos ciclotímicos (39%), dependientes (22%) y evitativos (22%) es evidente.

No consideramos que esto represente una contradicción de lo afirmado, ni tampoco una coincidencia. Pensamos que ésta prevalencia está relacionada directamente con la violencia.

El tiempo de tratamiento no ha sido el suficiente para que cada mujer pueda diferenciar su personalidad actual de una posible personalidad premórbida, más allá de comentarios como “yo antes era diferente”. Consideramos entonces que es necesaria una investigación más profunda sobre algunos aspectos como:

- La relación entre el funcionamiento cíclico de la violencia y la instauración de rasgos de personalidad ciclotímicos en la víctima.
- La capacidad del agresor y la violencia generada por él para provocar dependencia por parte de la víctima, no solo a nivel conductual sino como una modificación profunda o alteración de la personalidad.

- Las consecuencias del aislamiento, del ataque sistemático a la autoestima, del impedimento para tomar decisiones y otras características de la violencia sobre los rasgos de personalidad evitativa.

- **Objetivo 2.- Promover el desarrollo y/o refuerzo de mecanismos de resistencia y negociación**

Parte de poder reconocerse a sí misma, más allá del evento traumático, consiste en identificar los mecanismos que cada mujer ha sido capaz de poner en marcha para conservar su vida.

Esto tiene diversos efectos en diferentes ámbitos como la autoestima, la asertividad, la depresión, etc., pero sobre todo genera en cada participante del grupo la capacidad de responsabilizarse de su propia recuperación. Así, se intenta hacer que cada mujer visualice su propia evolución mediante una sencilla escala con una valoración comprendida entre 0 y 10. Cada participante tiene la tarea de registrar frecuentemente su nivel de evolución, haciéndose no solo partícipe sino co-responsable del proceso.

La figura 5.25 demuestra la evolución del grupo respecto de la evaluación inicial.

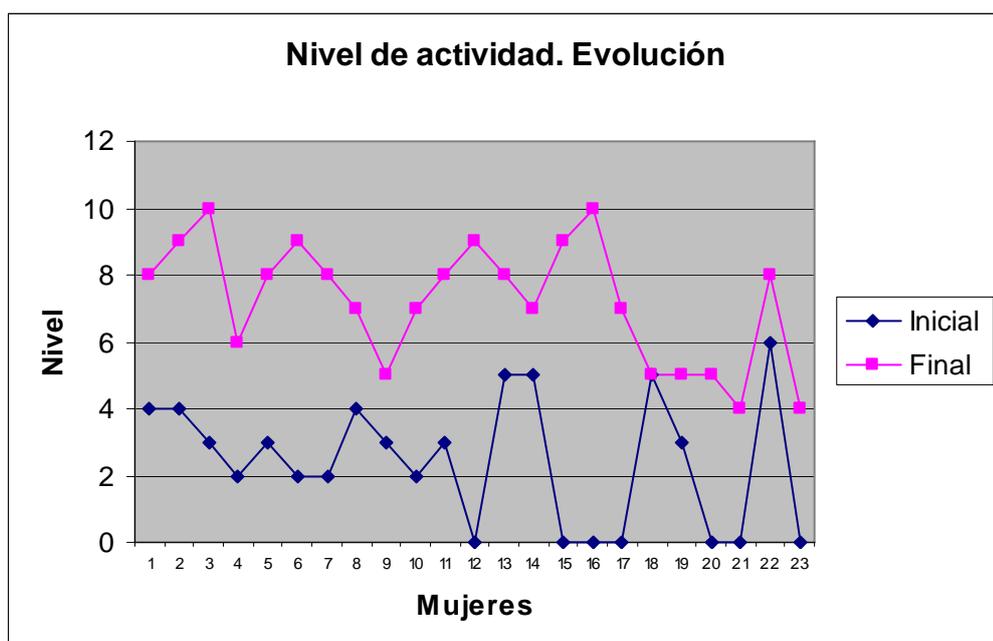


Figura 5.25

CAP 5 – Resultados y evaluación final de la aplicación del programa

Fuente: Evaluación realizada a mujeres participantes de terapia grupal acogidas en Casa Maria Amor, Agosto de 2007.

Autora: Leda. Mónica Mejía P.

Podemos observar que en la evaluación inicial, el promedio en el nivel de actividad del grupo es de 2,43, mientras que en la evaluación final se obtiene un promedio de 7,22. Podemos deducir que el dispositivo grupal, desde la percepción de las participantes, promueve una evolución promedio de 4,78 puntos en el nivel general de actividad.

Una vez que la mujer ha podido evidenciar esta evolución, tanto propia como de las compañeras del grupo, tiene la posibilidad de elegir, ahora sobre su recuperación y más adelante sobre el resto de su vida. Cuando esto ha podido ser interiorizado, es posible decir que se ha dado el paso de víctima a sobreviviente.

CONCLUSIONES

Luego de tres años de trabajo en el abordaje de la Violencia de género en la familia, en la Casa de Acogida María Amor, se evidenció la necesidad de complementar el trabajo psicoterapéutico mediante el diseño y la implementación de un Programa de Terapia Grupal para mujeres víctimas de violencia intrafamiliar acogidas en dicha institución.

Dentro de la contingencia presentada por la Maestría en Psicoterapia Integrativa de la Universidad del Azuay, y evidenciando los representativos beneficios que ofrece el modelo, se consideró oportuno diseñar el programa de atención desde ésta perspectiva.

Es así que luego de una profundización a nivel teórico y práctico alrededor de los ejes fundamentales de este trabajo, a saber, la Violencia Intrafamiliar, la Terapia Grupal y el Modelo Integrativo basado en la Personalidad, el programa ha sido diseñado y aplicado, constituyéndose en un elemento importante dentro de la dinámica de atención de la Casa María Amor.

Al evaluar la aplicación del dispositivo grupal y especialmente considerando los resultados obtenidos podemos exponer las conclusiones que de esta investigación se desprenden:

1. El abordaje desde una perspectiva integrativa, permite tener una completa y amplia visión de la problemática de la violencia intrafamiliar, analiza de forma holística todos los aspectos que giran alrededor de la misma. Las múltiples aristas comprendidas dentro de la violencia, exigen comprenderla desde un análisis que contemple la totalidad de elementos comprendidos entre la causa y los innumerables efectos que ésta genera.
2. Al reconocer la multiplicidad de efectos que genera de la violencia, el abordaje deberá cubrir una serie de requerimientos para considerarse integral, por tanto, el fenómeno de la violencia debe ser comprendido y abordado desde un enfoque social, legal, médico, psicológico e infantil.

3. Un acercamiento teórico a la problemática de la violencia, significa hablar de un proceso deconstructivo de aquello que ya se conoce y se asume como real, mitos, prejuicios e ideas preconcebidas y heredadas por generaciones. Implica lograr un estado de flexibilización de esquemas mentales para que un nuevo conocimiento pueda incorporarse desde la perspectiva de género. La deconstrucción implica un nuevo conocimiento que brinde otras formas de comprender y operar. Para afrontar el caos cognitivo, es decir la transición que debe darse entre conocimientos previos y una nueva visión del problema, surge como alternativa la Integración para poder estructurar y dar soporte a la producción de ideas y procedimientos nuevos, en armonía con aquello conocido que no requiere descartarse.
4. Dentro del quehacer psicoterapéutico, la diversidad y multiplicidad de efectos que la violencia puede generar en un ser humano, deben ser abordados de forma integral, la intervención desde la perspectiva integrativa brinda una alternativa más completa y coherente hacia la comprensión y abordaje de la violencia, valora la importancia de elementos sociales y culturales propios del contexto, es así que el Modelo Integrativo Ecuatoriano focalizado en la Personalidad, ofrece el marco propicio para brindar atención psicoterapéutica a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar dentro del contexto de una Casa de Acogida de nuestro país, pudiendo ser extendido a otros ámbitos de atención similar.
5. El Programa de Intervención Grupal propuesto en este trabajo fue adecuado y cumplió con los objetivos planteados, la mayoría de las mujeres que participaron consiguieron una reducción importante y estadísticamente significativa de los síntomas de estrés postraumático, ansiedad, y depresión.
6. El programa logró promover en las participantes sensación de apoyo social, aumento de autoestima, de asertividad, y seguridad en sí mismas. Estas mujeres, luego de participar en el Programa son capaces de aumentar significativamente su percepción sobre su propio nivel de actividad y proyectarse hacia el futuro de manera favorable. Esta eficacia se conforma independientemente de la edad, estado civil, religión, niveles educativo y sociocultural o abusos sufridos.

7. La participación en Terapia Grupal de mujeres en diferentes niveles de recuperación y empoderamiento, favorece y enriquece la dinámica del grupo. Mujeres que empiezan a reconocerse como víctimas de violencia pueden proyectarse hacia el futuro en la persona de aquellas que han dejado de vivir en violencia, por varios meses o incluso años, y éstas a su vez refuerzan su autoestima cuando sienten que pueden ayudar a sus compañeras a través de su experiencia personal.
8. Este programa de Terapia Grupal ha sido concebido para ser aplicado dentro de las especificaciones de una Casa de Acogida como parte de un amplio programa de abordaje interdisciplinario. La intervención a nivel grupal, aún cuando se la considera eficaz acorde a los resultados obtenidos, no sustituye a la individual sino que juntas aumentan la eficacia y potencian la obtención de resultados en menor tiempo.
9. Se requiere por parte del terapeuta equilibrio entre emotividad y dureza. Las actitudes flexibles y reflexivas deben combinar afecto y firmeza. La relación paciente-terapeuta se basa en el respeto mutuo, confianza, apoyo e intercambio afectivo dentro de límites definidos. Trabajar en temas de violencia implica reconocerse en el sufrimiento humano y éste puede provocar diversas reacciones en la terapeuta, por tanto una muestra de dolor solidario o de tierna comprensión no afectará la figura de la terapeuta.

RECOMENDACIONES

El programa de Terapia Grupal, establecido en el presente trabajo como una alternativa de abordaje para mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, ha recibido su primera validación al ser incluido dentro de la Metodología de Intervención de la Casa de Acogida María Amor “*Un camino para celebrar la Vida*”, metodología que en los próximos meses será difundida, como modelo base para su implementación tanto en las nuevas Casas de Acogida que pretendan crearse, como en las ya existentes a nivel del país.

Para finalizar este trabajo, luego de mucha dedicación empleada en el mismo, queremos enfatizar en la importancia de considerar a la violencia como un tema de salud pública cuya erradicación pasa a ser una responsabilidad desde las instancias estatales más elevadas hasta la más elemental de las organizaciones humanas, la familia.

Para erradicar la violencia no basta con la promulgación de leyes o códigos. Es necesario que cada persona dentro de la sociedad asuma un compromiso real, que busque promover un cambio hacia una mejor calidad de vida para millones de mujeres niños, niñas y adolescentes que siguen experimentando día a día esta cruel realidad.

El proceso de erradicación de la violencia de género será posible si logramos generar, en el marco de la cotidianidad de nuestra sociedad, una forma diferente de comprender y concebir las relaciones entre mujeres y hombres.

BIBLIOGRAFÍA.

- ASHLEY Mark, *“Problemas Sociales”* Edit. Barcelona. España., 1986
- AVNI, N. *“Battered wives: The home as a total institution. Violence and victims”*, 1991
- BANDURA A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Annual Review of Behavioral Therapy*; 1977
- BAREA, Consuelo. *“Manual para mujeres maltratadas (que quieren dejar de serlo)”*. Ed. Océano, España, 2004
- BECK Aaron. WRIGHT Fred. NEWMAN Cory. LIESE Bruce. *“Terapia Cognitiva de las Drogodependencias”*. Barcelona: Editorial Paidós. 1999
- BENSADON, N. *“Los derechos de la mujer”*. México, D. F.: Fondo de cultura económica. 1988
- BRODY, J *“Mujeres Golpeadas Confrontan Perros Violentos Y Cobras”*...Edit. New York Times. Mexico. 1998
- Congreso Nacional del Ecuador. *“Ley Contra la Violencia a la Mujer y la Familia”*, Ley 103, Registro Oficial 839, 1995
- CORSI Jorge *“Seminario Violencia Familiar. Conceptos Básicos”*, Universidad de Buenos Aires.2006
- CORSI Jorge, *“Violencia familiar, Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social”*, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1994
- CORSI, Jorge. *“Algunas cuestiones básicas sobre la violencia familiar”* Doctrina y Acción penitenciaria, Año 4, N° 6, Buenos Aires, 1990
- DOHMEN Mónica. CORSI Jorge. *“Violencia Familiar, una mirada sobre un grave problema social”*. Editorial Paidós. 1994. Pág. 81
- DWANE Michelle, *“Agresión vs. Violencia”* Edit. Montagu. New York. 1989
- ECHEBURÚA, E. & DE CORRAL, P. *Manual de violencia familiar*. Madrid, España: Siglo XXI de España Editores, S.A.1998

- Equipo de Casa de Acogida María Amor. “Un camino para celebrar la vida”. Metodología de Acompañamiento de Casa María Amor, 2006-2007
- ESTREMAIDORO, J. *Violencia en la pareja*. Comisaría de Mujeres en el Perú Lima: Flora Tristan. 1992
- FERNÁNDEZ ALVAREZ, Héctor. “*Seminario Terapia Grupal*” Héctor, Ecuador, 2005
- FERNANDEZ-ALVAREZ Héctor. “*Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*”. Buenos Aires: Editorial Piados. 2005
- FERNANDEZ-ALVAREZ Héctor. OPAZO Roberto. “*La integración en psicoterapia. Manual práctico*”. Barcelona: Ediciones Piados Ibérica. 2004
- FERREIRA, Graciela, “*Hombres Violentos Mujeres Maltratadas*”, Editorial Sudamericana, Buenos Aires, Argentina, 1995
- FREUD, Sigmund: “*Análisis terminable e interminable*” (1937), *Obras Completas*, Biblioteca Nueva, Madrid, 1968.
- GENTZLER, I. M. (Ed.). Post traumatic stress disorder, rape trauma syndrome and battering. Victim empowerment: Bridging the systems mental health and the victim service providers 2001
- GIBERTI, Eva: “*Seminario Vergüenza y género mujer*”, Buenos Aires, 1992
- GUIMÓN José. Manual de Terapias de Grupo. Tipos, Modelos y Programas Editorial Biblioteca Nueva , Madrid, 2003
- HERMAN, J. “*Trauma and recovery*”. (2ª. ed.). New York, EE. UU.: Basic Books.1997
- HERRERA Jorge , “*Aspectos Generales De Agresión*” Edit Limusa. Mexico. 2000
- IRIGOYEN, Marie France. “*El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana*”. Buenos Aires. Ed. Piados 1999
- KAPLAN Harold. SADOCK Benjamin. “*Terapia de Grupo*”. Editorial Médica Panamericana, S.A. Madrid. 1996
- KAPLAN Harold. SADOCK Benjamín. GREBB Jack. “*Sinopsis de Psiquiatría*”. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 1996
- LA CUERDA, Año 10, No. 99 – Abril, 2007

- LA CUERDA, Año 9, No. 92 – Agosto, 2006
- LERNER, Gerda. “*La creación del patriarcado*”. Editorial Crítica. Barcelona, 1990.
- MACKENNEY, A. L. “*El Síndrome de Estocolmo: Una explicación alternativa de por qué la mujer víctima de violencia doméstica no abandona a su agresor*”. Guatemala: Universidad del Valle de Guatemala.2001
- MARTÍNEZ, Francia. “*Violación sexual marital; hacía una revisión de sus principales controversias y conceptualizaciones*”. Revista Intercontinental de Psicología y Educación 1991; 4: 121-48.
- MONTAGÚ A. “*La naturaleza de la agresividad Humana*”, Madrid, Editorial Alianza, 1978
- OMS (1988) Mesa Nacional para la atención de la violencia intrafamiliar. Lima Edial.
- OPCION “*Violencia Familiar, un acercamiento teórico al problema*”, OPCION - DIRANDRO -PNP - LIMA. 2001
- OPCION (2000) Violencia Familiar, consideraciones para la acción. Módulo académico del Curso Nacional “Violencia familiar y adicciones, desde una perspectiva de género”, OPCION - PROMUDHE LIMA.2000
- PIMENTEL, C. (1988) Familia y violencia en la barriada. Lima: TIPACOM.
- POUSSER *Aspectos Generales De La Agresión* Edit. Trillas. Mexico. 1960
- ROLLINGS, J. H. “*Women’s minds, women’s bodies. The psychology of women in a biosocial context*”. New Jersey, EE. UU.: Prentice Hall. 1996
- SCOTT Gane, “*Conductas Violentas*” Edit. Avante. España, 1961
- SMITH, M. L.; GLASS, G. V. y MILLER, T.I., “*The benefits of psychotherapy*”, Baltimore, Johns Hophins University Press, 1980
- TORO, Ricardo; YEPES Luis Eduardo. “*Fundamentos de Medicina. Psiquiatria*”. Corporación para Investigaciones Biológicas, Medellín, Colombia, 1998.
- VARELA, Nuria, “*Íbamos a Ser Reinas*”, Ediciones B, S.A. 2002,

- VELÁSQUEZ Susana *Sobre víctimas y victimarios* , Universidad de Buenos Aires
- VELÁZQUEZ Susana, “*Seminario La Violencia en Cifras*”, Universidad de Buenos Aires, 2006
- VELÁZQUEZ Susana, “*Seminario Violencias cotidianas, violencia de género*”, Editorial Paidós, Buenos Aires, 2003.
- WALKER Leonore, “*Deconstruyendo el abuso de poder en los vínculos*” I Congreso Internacional, II Congreso Nacional, III Congreso Regional Violencia, Maltrato y Abuso, , 2007, Buenos Aires, Argentina
- WALKER Leonore. “*Terapia para sobrevivientes con mujeres golpeadas*”. Revista Argentina de Clínica Psicológica. Fundación AIGLE Vol. VII – No. 3 Noviembre 1999
- WALKER, Leonore. “*Abused women and survivor therapy. A practical guide for the psychotherapist.*” Washington, DC: American Psychological Association.1994
- WALKER, Leonore. “*Terrifying Love: Why battered women kill and how society responds*”. Nueva York, EE. UU.: HarperPerennial. 1989
- WALKER, Leonore. . “*The battered woman*”. Nueva York, EE. UU.: HarperPerennial. 1979
- <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pident=13045023&desde=losmasleidos>
- <http://db.doyma.es/cgiin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pident=13045023&desde=losmasleidos>
- <http://www.ojp.usdoj.gov/ovc/infores/student/student.txt>.

ANEXOS

ANEXO 1

FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA
FIEPS

No.....

DATOS INFORMATIVOS

Fecha.....Psicólogo/a.....

Nombre.....

Edad.....Estado Civil.....Religión.....

Lugar y fecha de

nacimiento.....

Residencia.....Dirección.....Teléfono.....

...

Instrucción.....Ocupación.....Sueldo.....

Informante.....

Tipo de consulta: Ambulatorio..... Acogida.....

 Hospitalizado..... Consulta Privada....

DEMANDA

EXPLÍCITA

IMPLÍCITA

ORIGEN			
Paciente		Familiar (s)	
Profesional		Otros	

ANTECEDENTES DISFUNCIONALES

BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA PERSONAL

HISTORIA PSICOLÓGICA FAMILIAR Y/O GENOGRAMA



RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DEL PROBLEMA O TRASTORNO (FORMAL)

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DE LA PERSONALIDAD (INFORMAL)

CRITERIOS PRONÓSTICOS

RECOMENDACIONES

ANEXO 2

CASA DE ACOGIDA “MARÍA AMOR”

**TERAPIA GRUPAL
REGISTRO DE ASISTENCIA**

FECHA:

	NOMBRE	FIRMA
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

ANEXO 3

GUÍA No. 6

EVOLUCIÓN Y SEGUIMIENTO

EJECUCIÓN Y APLICACIÓN TÉCNICA

Fecha	Evolución	Actividad
	Apreciación del paciente 1.....10	
	Apreciación del paciente 1.....10	
	Apreciación del paciente 1.....10	

ANEXO 4

**INFORME DE SESION GRUPAL PARA MUJERES VICTIMAS
DE
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR**

SESION No.

FECHA:

HORA:

ASISTENTES:

TEMA:

OBJETIVO:

INDICADORES DE RESULTADOS:

Observación y análisis de:

Los que serán evaluados en sesión de co-terapia en los siguientes rangos:
Sobresaliente – Muy bueno- Bueno – Regular – Deficiente.

MATERIALES :

ACTIVIDADES:

RESULTADOS :

De acuerdo con los indicadores planteados observamos que:

Predisposición :

Participación :

Motivación :

Compromiso :

Nivel de expresión:

Respuesta verbal de los miembros:

Cohesión grupal:

OBSERVACIONES :

ANEXO 5

CUESTIONARIO

NOMBRE: _____ EDAD: _____

ESTADO CIVIL: _____ FECHA: _____

Este cuestionario está diseñado para investigar su nivel de conocimiento sobre la problemática de la Violencia intrafamiliar. A continuación usted encontrará una lista de preguntas cuyas respuestas proporcionarán elementos importantes para su recuperación. Por favor responda con sinceridad a cada una de ellas. Recuerde que ésta información es confidencial y solo será manejada por una profesional en beneficio de su proceso terapéutico.

1. Ha sufrido usted violencia intrafamiliar

SI _____ NO _____

2. Que tipos de violencia ha sufrido

3. ¿Ha podido hablar libremente de la violencia que ha vivido?

SI _____ NO _____

4. ¿Ha sentido usted apoyo de las personas que la rodean?

SI _____ NO _____

5. Considera usted que su conocimiento sobre la Violencia Intrafamiliar es:

NULO _____ BAJO _____ MEDIO _____
ALTO _____

6. ¿Conoce usted diferentes tipos de violencia? Enumérelos

7. Conoce usted la causa de la Violencia Intrafamiliar? Descríbala

8. ¿Ha podido usted expresar libremente sus deseos, sus derechos, sus emociones y sus necesidades?

SI _____ NO _____

9. En la siguiente escala identifique su nivel de actividad y resistencia

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

ANEXO 6

UNIVERSIDAD DEL AZUAY

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS
DE LA EDUCACIÓN**

MAESTRIA EN PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

**DISEÑO Y APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE
TERAPIA GRUPAL DESDE EL MODELO
INTEGRATIVO ECUATORIANO PARA MUJERES
QUE VIVEN VIOLENCIA INTRAFAMILIAR
ACOGIDAS EN LA CASA “MARÍA AMOR”
CUENCA-ECUADOR**

DIRECTORA:

Dra. Zoila María de la Cruz Izquierdo

AUTORA:

Lcda. Mónica Mejía P.

**Diseño de tesis previo a la obtención del Master en
Psicoterapia Integrativa**

Cuenca, Marzo de 2007

**DISEÑO Y APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE TERAPIA
GRUPAL DESDE EL MODELO INTEGRATIVO
ECUATORIANO PARA MUJERES QUE VIVEN VIOLENCIA
INTRAFAMILIAR ACOGIDAS EN LA CASA “MARÍA AMOR”
CUENCA-ECUADOR**

JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Este tema se justifica por cuanto ofrece una alternativa en beneficio directo de un problema significativamente creciente en la ciudad de Cuenca, que se manifiesta en la alta incidencia de situaciones de agresión que son tipificadas como Violencia Intrafamiliar.

El tema de la Violencia Intrafamiliar tiene su origen en la cultura patriarcal, donde se otorga el poder y el ejercicio de la violencia al varón, mientras que a las mujeres se les asigna un rol secundario de sumisión y debilidad. Este modelo estereotipado a través del tiempo se ha venido incrementando cuantitativa y cualitativamente en el mundo, transmitiéndose de generación en generación mediante canales habituales como la familia, el juego, el deporte, instituciones educativas, medios de comunicación, etc., haciendo cada vez más grandes las distancias de género, causando a largo plazo factores determinantes en la desintegración de la familia.

En noviembre de 1994, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reunió a expertos, cuyos debates fueron resumidos en la Declaración de la Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud. En esta declaración se reconoce que “la violencia es un creciente problema de salud pública, hecho que se demuestra por los alarmantes aumentos de tasas regionales de mortalidad; morbilidad y discapacidad; así como por los abrumadores años de vida potencial perdidos y sus efectos psicosociales en las poblaciones”.

En las Comisarías de la Mujer y la Familia de Cuenca - Ecuador, se reciben diariamente al rededor de 40 nuevas denuncias, sin embargo, es un hecho afirmar que la gran mayoría de los casos de violencia se mantienen en silencio y no son denunciados por las víctimas, mayoritariamente mujeres, ya sea por temor a la represalia del agresor, problemas económicos, bajos niveles educativos y de información, cultura de sumisión de la mujer, falta de orientación, desconfianza en la administración de justicia, etc.

Cada vez es mayor el número de personas e instituciones que se ven en la necesidad, tanto de asumir una posición en contra de la violencia, como de brindar protección, seguridad y atención de las personas que son víctimas de la misma, para así difundir una cultura de paz, por tratarse de un problema que degrada a las personas en su condición de ser humano, sujetos de derechos que deben ser respetados y asegurados, por todas las personas y fundamentalmente por el Estado.

Es necesario entender a la violencia conyugal como un fenómeno social que afecta especialmente a mujeres, niños y niñas, que desde tempranas edades padecen sus nocivos efectos como, baja autoestima, temores, odio, trastornos depresivos e incluso la muerte, dejando graves consecuencias psicológicas, sociales, físicas, económicas y educativas en el entorno familiar.

Muchas alternativas de intervención se han planteado como respuesta este problema. Dichas alternativas provienen de diferentes áreas del conocimiento como la sociología, el derecho, la medicina, la psicología, etc.

Dentro del campo psicológico, encontramos también que diferentes corrientes han brindado sus alternativas de abordaje para mujeres que viven violencia intrafamiliar. Diversos modelos, diferentes propuestas variadas estrategias en busca de un mismo objetivo: contrarrestar los destructivos efectos de la Violencia Intrafamiliar.

Este trabajo de investigación busca aportar a este objetivo, brindando una alternativa de intervención para mujeres que viven violencia intrafamiliar, en una modalidad terapia de grupo, desde la perspectiva del Modelo Integrativo basado en la Personalidad.

La relevancia del mismo radica en la posibilidad de contar con una propuesta metodológica que permita una alta efectividad en la consecución de resultados, en términos de tiempo y duración de los mismos. Permitiría además evaluar el

desempeño del Modelo Integrativo Basado en la Personalidad, en el abordaje de la Violencia Intrafamiliar.

OBJETIVO GENERAL.

Diseñar y aplicar un programa de terapia grupal desde el Modelo Integrativo Ecuatoriano para mujeres que viven violencia intrafamiliar acogidas en la Casa “María Amor”
Cuenca – Ecuador.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Desarrollar una propuesta terapéutica de intervención desde el Modelo Integrativo basado en la Personalidad.
- b) Aplicar el Plan Terapéutico de Intervención con las mujeres acogidas en la Casa María Amor para contrarrestar los efectos de la violencia intrafamiliar.

MARCO TEÓRICO

Desde su aparición en el siglo pasado, hasta el momento actual, el interés por el psiquismo humano ha ido generando la aparición de variadas teorías, corrientes y modelos explicativos que a su vez han propuesto las más variadas estrategias para el tratamiento de los trastornos mentales.

Este amplio abanico de posibilidades de intervención, así como la igualmente diversa gama de demandas psicoterapéuticas, exigía de parte del terapeuta un definición en dos caminos muy opuestos. Por una parte, centrarse en un modelo específico, para con este modelo comprender y dar tratamiento a los problemas, trastornos y malestares de los individuos; perdiendo así flexibilidad por resultar determinante y encasillador. Por otra parte, muchos terapeutas en la actualidad han optado por no definirse dentro de una teoría en particular, corriendo en grave peligro de caer en un eclecticismo exagerado, desordenado y desestructurado.

Para responder a este problema, desde los últimos años ha venido desarrollándose una nueva posición que recoge los aportes más significativos de diferentes teorías para formar una nueva propuesta estructurada, presentando además modelos teóricos y de intervención. A tal posición, hace referencia la integración. Algunos antecedentes históricos han sido de suma importancia como favorecedores de las propuestas integrativas. Entre ellos podemos mencionar a French (1993) quien tempranamente publicó su obra “Interrelaciones entre el psicoanálisis y el trabajo experimental de Pavlov”. Sin embargo han existido muchos intentos por encontrar

puntos comunes entre las diferentes propuestas siendo el punto de partida la obra de Dollard y Miller (1950) en cuya presentación su objetivo era unir tres corrientes psicológicas: el psicoanálisis de Freud, los principios derivados de la obra de Pavlov, Thorndike y Hull, y las normas de la moderna ciencia social. Dollard y Miller propusieron también opciones integrativas en "Personalidad y Psicoterapia" intentando traducir los conceptos psicoanalíticos al lenguaje de las teorías del aprendizaje.

En los años 60 Frank sostenía enfáticamente la existencia de cuatro notas comunes entre las diferentes psicoterapias, principalmente entre el psicoanálisis y el conductismo.

- Una relación particular entre el paciente y el terapeuta
- El ambiente genera por sí solo una expectativa de alivio
- Todas las psicoterapias se basan en el funcionamiento de un mito sobre la salud y la enfermedad
- Toda psicoterapia implica un procedimiento que resulta de una prescripción teórica.

Lazarus (1967) aportó su "eclecticismo técnico" el cual fue contextualizado en el marco de su enfoque multimodal. En 1980 Bandura propone el modelo del determinismo recíproco proponiendo una integración de las variables ambientales, cognitivas y conductuales. Goldfried (1980) contribuyó a activar la integración. En 1986 Beutler propone la "Psicoterapia ecléctica sistemática" la cual procura ir ordenando la aproximación netamente ecléctica. En 1986 Prochaska y DiClemente proponen un modelo comprensivo del cambio terapéutico través de su "enfoque transteórico" buscando así una integración en niveles abstractos. Millon (1988,2000) por su parte ha propuesto ir gestando la integración en torno a la psicodinámica, sus aportes son muy importantes sobre todo en el ámbito de los trastornos de personalidad.

En América latina Fernández Álvarez (Argentina), quien puede ser señalado como uno de los pioneros del Movimiento Integrativo, publica en 1992 su libro "Fundamentos de un Modelo Integrativo". De igual manera Roberto Opazo (Chile) publica "Fuerzas de cambio en psicoterapia: un modelo integrativo" el mismo

año. Desde 1994 el Centro de Estudios Humanos, AIGLÈ de Argentina y El Centro Científico de Desarrollo Psicológico de Chile, CECIDEP confluyen en la docencia de un programa de Maestría en la Universidad Nacional de San Luis.

Entre algunos elementos favorecedores e influyentes en el desarrollo del movimiento integrativo encontramos:

- Compromisos conjuntos de las corrientes para evitar la entropía que amenaza la psicoterapia.
- Insatisfacción en psicoterapeutas, clientes y comunidad por las teorías y los resultados de los procesos psicoterapéuticos.
- “Tendencia al empate” entre las corrientes sin haber demostrado superioridad ninguna de ellas. Veredicto pájaro “Dodo”.
- Desarrollo de un “eclecticismo espontáneo” entre los terapeutas.
- Exigencia de la sociedad de resultados eficaces por tratamientos prolongados y costosos.
- Decreciente actitud “dogmática” de los psicoterapeutas de diversas corrientes que buscan acercamiento a nivel teórico y técnico.

Como consecuencia, surge el “movimiento integrador en psicoterapia, desde formas de seleccionar teorías o técnicas psicoterapéuticas hacia el esfuerzo por contribuir a una maduración y desarrollo cualitativo del campo de la psicoterapia en un clima cooperativo de exploración de la integración”⁶², por lo que basándose en determinadas teorías surge el modelo integrativo en psicoterapia, siendo una teoría que ha hecho grandes aportes a la psicología.

La historia del movimiento hacia la integración, ha atravesado por dos períodos de la psicología cognitiva. El primer momento estuvo caracterizado por la utilización del paradigma de procesamiento de la información como estructura conceptual básica.⁶³ Según este paradigma, los comportamientos llegaban a ser descritos y explicados en términos del modo en que los seres humanos se comportan como sistemas u organismos capaces de operar con la realidad, procesando secuencialmente la información recibida. Es decir, compara al sujeto con un computador que almacena, procesa, y elabora la información.

⁶² Fernández – Álvarez Héctor. Opazo Roberto. *La integración en Psicoterapia. Manual practico*. Editorial Paidós. 2004. Pág. 34

⁶³ Fernández Álvarez Héctor. *Fundamentos de un modelo Integrativo en Psicoterapia*. Editorial Paidós. 2005. Pág. 80

El segundo período se inicia con la fuerte observación de que este enfoque resultaría insuficiente para explicar la manera como operan los seres humanos. El paradigma del procesamiento de la información resulta limitadamente útil para la psicología, pues solo permite explicar un aspecto parcial de un fenómeno más complejo⁶⁴.

Los seres humanos a diferencia de las computadoras, despliegan sus conductas en secuencias no lineales sino recursivas, y además por el hecho de que las informaciones que los individuos procesan están determinadas por la dinámica de la esfera social, eliminándose así la conceptualización lineal de procesamiento de información que se mantenía hasta el momento.

Nace así la nueva perspectiva cognitivo-social, la cual considera a los mecanismos cognitivos del individuo como un reflejo de la actividad social, sin dejar la cualidad del sujeto como constructor de su realidad y mediador de su experiencia que está interesado en organizar su realidad para construir su propio mundo, surgiendo así un enfoque cognitivo constructivista.

Este enfoque ha sido determinante para el desarrollo al nivel actual de la psicoterapia. En todas las actividades humanas pueden reconocerse tiempos que se destacan por su poder innovador. Esto es lo que hoy observamos en la poderosa fuerza hacia la integración que recorre el conjunto de las psicoterapias⁶⁵.

Como menciona Fernández Alvarez, nuestro conocimiento de las cosas depende, más allá de su naturaleza intrínseca, de la posibilidad de otorgarles algún significado.⁶⁶ Estas estructuras de significado operan siempre como un conjunto organizado; como un sistema.

La posibilidad de dotar de sentido a la experiencia equivale a desarrollar un Self, una identidad, permitiendo autoorganizar las experiencias para contar con elementos que faciliten el enfrentar las nuevas experiencias futuras integrándolas con las ya vividas, llegando así a una autoconstrucción de nuestra propia realidad basada en las experiencias de cada uno, dando significado a cada una de ellas. Como resultado de estas construcciones, dichas estructuras de significado constituyen el núcleo fundamental del trabajo terapéutico.

Entonces, la tarea fundamental del terapeuta, más allá de las técnicas que prefiera utilizar supondrá en primer lugar comprender lo que el paciente nos presenta, y en segundo lugar operar sobre

⁶⁴ Fernández Álvarez Héctor. *Fundamentos de un modelo Integrativo en Psicoterapia*. Editorial Paidós. 2005. Pág. 99

⁶⁵ Fernández Álvarez Héctor. *Fundamentos de un modelo Integrativo en Psicoterapia*. Editorial Paidós. 2005. Pág. 13

⁶⁶ Fernández Álvarez Héctor. *Fundamentos de un modelo Integrativo en Psicoterapia*. Editorial Paidós. 2005. Pág. 122

esa realidad, con el fin de promover cambios que sirvan para los fines perseguidos por cada psicoterapia.

En cuanto al tema de la violencia intrafamiliar, mucho se ha escrito en el, pero poco se sabe.⁶⁷

Muchos han sido los autores que han desarrollado el tema, y sin embargo, se trata aún de un problema en el que existen muchas cosas por descubrir, en especial, aquellas relacionadas con los modelos de prevención e intervención.

Entre los autores que han brindado un concepto sobre la violencia, encontramos a Ashley (1986) quien la define como toda acción u omisión protagonizada por los miembros que conforman el grupo familiar (por afinidad, sangre o afiliación) y que transforma en maltratantes las relaciones entre ellos causando daño físico, emocional, sexual, económico o social a uno o varios de ellos.

En situaciones de Violencia familiar, se encuentran diferentes acciones (agresiones físicas, psicológicas, sexual y abandono), muchos actores (esposo o conviviente, abuelos, padres, hijos, hermanos u otros familiares) y un sin número de víctimas. La violencia se presenta como un proceso, es decir no es un hecho aislado, sino un ciclo en el que el agresor(a) se convierte en agredido(a) y viceversa, volviéndose así en un círculo “vicioso” que afecta a la familia, expresándose a través de golpes, insultos, rechazos, gestos, etc.

Otros autores definen a la violencia familiar como toda acción u omisión cometida por algún miembro de la familia con relación al **poder**, sin importar el espacio físico donde ocurra, que perjudique el bienestar, la integridad física y psicológica, o la libertad y el derecho al pleno desarrollo de otro miembro de la familia.

La Ley Contra la Violencia a la Mujer y la Familia vigente en Ecuador define a la Violencia Intrafamiliar como toda acción u omisión que consista en maltrato físico, psicológico o sexual ejecutado por un miembro de la familia en contra de la mujer o demás integrantes del núcleo familiar.

Entre los principales problemas que enfrentan quienes tratan el problema, encontramos la minimización y naturalización que el fenómeno tiene, especialmente

⁶⁷ Schmidt. Ma. Ines, Ecuador, 2006

en ámbitos en los se presenta comúnmente; el hogar o entorno doméstico. En este ámbito de violencia doméstica se esconde a la vez el fenómeno de la violencia de género; la violencia contra las mujeres, por el simple hecho de serlo, constituyendo así la característica más sobresaliente de las sociedades donde se construyen identidades de género jerarquizadas y excluyentes que asignan a la mujer espacios de fragilidad y sumisión, mientras que al hombre le confiere el de la fuerza, agresividad y violencia. Ambas circunstancias, la violencia de género y la violencia doméstica, coexisten dentro de una misma realidad poco diferenciada en donde se pueden encontrar mujeres golpeadas, niños maltratados y ancianos o minusválidos violentados.

La intensidad, gravedad y frecuencia de la violencia doméstica caracteriza y delimita ciertos cuadros o "síndromes". Los más graves son los de la "mujer golpeada" y el "niño maltratado."

Nos referiremos entonces al tipo particular de violencia que se establece entre los cónyuges y se instala en la relación íntima y estable entre un hombre y una mujer, sean estos lazos legalmente establecidos, o no. Este tipo de violencia es el que desencadena el llamado Síndrome de la Mujer Golpeada, el cual incluye situaciones como amenazas, insultos o golpes, hasta agresiones de extrema gravedad como lesiones invalidantes, abortos provocados por golpes, violación sexual, tortura y hasta homicidio. Además, los estudios sobre violencia doméstica demuestran que la culpabilidad y baja estima son rasgos característicos de las mujeres maltratadas y que, además de los efectos físicos evidentes, la agresión constante cambia el comportamiento de la mujer. Esta puede sentir confusión, baja concentración, trastornos en su forma de vida, hábitos de sueño o alimentarios; experimenta intenso sentimiento de aislamiento, vergüenza, timidez, depresión; furia o miedos prolongados. Pueden presentarse también, trastornos sexuales, pudiendo sentir miedo a la intimidad, incapacidad de tener respuestas sexuales, falta de interés en las relaciones sexuales y frecuentemente sentirse sucia o humillada al tenerlas y recordar el abuso sexual del que fue objeto durante ellas.

Pueden generarse así desórdenes como el Estrés Postraumático o el Síndrome de Inhabilidad aprendida. Esto indica que, debido a la dinámica de violencia las mujeres pierden parte de su capacidad para actuar ante las situaciones de riesgo a que están expuestas y, por lo tanto, tienen menos habilidades para protegerse a sí mismas

y a sus hijos. La combinación de violencia, estrés y la visión de la mujer de que controlando el comportamiento de los menores disminuye la agresión, hace que en muchos casos ellas mismas tengan conductas violentas hacia sus hijos.

Entre otras circunstancias que se presentan con el impacto de la Violencia Doméstica sobre la mujer encontramos factores relacionados con la salud física y mental como:

- Daños físicos.- Se incluyen bofetadas, puñetazos, patadas, intentos de ahorcamiento, heridas que requieren costuras, huesos rotos, lesiones que requieren hospitalización, golpes que pueden ocasionar abortos, heridas internas, heridas que produzcan desfiguraciones o les dejen lisiadas hasta el homicidio.
- Agresión y coerción sexual.- Los celos de los agresores hacen que controlen y regulen de manera rígida la sexualidad de la mujer, como muestra de poder sobre ella y la relación. Pueden prohibir usar métodos anticonceptivos, golpearlas porque tienen demasiados hijos o por no tenerlos. Un alto porcentaje de mujeres sufren violaciones por parte de sus parejas. Además de las lesiones físicas y el trauma emocional resultado de la agresión sexual, muchas mujeres corren el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el SIDA⁶⁸.
- Efectos sobre la salud materna y el feto.- Muchas veces la violencia física se inicia con el primer embarazo de la mujer y el abuso físico puede afectar de manera particular a las mujeres embarazadas y al feto.
- Otros efectos sobre la salud.- La desvalorización sufrida por la mujer puede impactar más allá del efecto físico y psicológico. El estrés crónico es causado por agresiones violentas o moderadas pero, repetidas y próximas en el tiempo. La suma de pequeños elementos de estrés constituye, a la larga, una dosis total excesiva que sobrepasa el umbral de resistencia. El estrés lleva consigo un agotamiento psicológico y glandular progresivo que es responsable en parte de enfermedades como hipertensión, diabetes, obesidad, asma, etcétera.

⁶⁸ Estremadoyro, J. (1992) *Violencia en la pareja*. Comisaría de mujeres en el Perú Lima

Al respecto de los efectos de la violencia, Herrera (2000) menciona algunos como: disfunción de la familia, distanciamiento de sus miembros y mutaciones en su comportamiento o actitudes mentales. Los efectos pueden ser clasificados en: psicofísicos (producen cambios psíquicos o físicos, en un mismo acto) y psicosociales, que pueden ser internos (marginación, la exclusión y la violación de los derechos fundamentales de la mujer y de los niños) y externos (drogadicción, la prostitución y la delincuencia), específicos y genéricos o generales.

Causas de la Violencia Intrafamiliar

Varios elementos han sido identificados como factores que favorecen la aparición de las agresiones físicas dentro del grupo familiar. Entre ellas podemos anotar como principal, la presencia de violencia en la familia de origen, lo cual genera aceptación a una actitud machista de dominio y poder sobre la mujer, según el ejemplo obtenido en la niñez. Otro elemento de importancia se refiere a la concepción general de las personas a cerca de las conductas violentas como medios para conseguir beneficios. Esto se hace visible en huelgas, tiroteos, golpes, etc. La falta de asertividad, bajo control de impulsos, desconocimiento sobre estrategias de resolución de conflictos, y la frustración que esto provoca, son también factores predisponentes a la aparición de la violencia. Otro elemento que debe ser destacado corresponde al consumo de alcohol y otras sustancias, lo cual está presente en la gran mayoría de casos denunciados.

Es necesario comprender que el considerar las variables aisladas resulta insuficiente para comprender la violencia. Todos los factores antes mencionados actúan conjuntamente, lo cual dificulta afrontar el fenómeno. Aún así, para muchos profesionales y sociedad en general, resulta difícil comprender las razones por las cuales las mujeres se ven impedidas de terminar la relación con el agresor. En este sentido, algunas teorías han sido propuestas por diferentes autores, entre las que podemos citar:

Teoría del "Ciclo de la Violencia".- Descrita por Walker (1984) se basa en el concepto de refuerzo conductual y está compuesta por tres bases fundamentales en la hipótesis de la "reducción de la tensión":

1. Fase de Acumulación de tensión.- Esta fase se caracteriza por un control mínimo de la situación por parte de la mujer. Surgen conflictos cotidianos que aumentan la tensión entre la pareja y la víctima es capaz de retrazar el maltrato siempre y cuando ceda ante los requerimientos del agresor
2. Fase de descarga de la violencia física.- Hace referencia al momento en que se presenta el acto violento. Puede ser la fase más corta del círculo pero a la

vez determinante ya que es aquí cuando las mujeres suelen buscar ayuda y tomar decisiones, especialmente en cuanto a lo legal o médico.

3. Luna de miel o arrepentimiento.- EL protagonista de esta fase es el agresor, quien muestra conductas de arrepentimiento y búsqueda a la víctima, junto con promesas y compromisos entre los que se incluye la asistencia a tratamiento psicológico, médico, etc.; así como las correspondientes promesas de fin del maltrato. Sin embargo, las posibilidades de que el ciclo inicie nuevamente, son muy altas, pudiendo incluso llegar a agravarse y cronificarse.

Teoría de la indefensión aprendida.- Esta teoría propuesta por Seligman (1975) explica cómo los acontecimientos agresivos mezclados con períodos de ternura y arrepentimiento actúan como un estímulo aversivo administrado al azar que provoca, a largo plazo, una falta de relación entre los comportamientos y los resultados de los mismos. Así se explica la pérdida de confianza de la víctima en su capacidad para predecir las consecuencias de la conducta y la aparición o no de la violencia. Así puede producirse en la víctima un estado de acomodación a las demandas del agresor junto con una actitud pasiva e indefensa que le impide controlar la aparición de agresiones.

Modelo de Factores de Riesgo.- Entre los factores de riesgo propuestos se encuentran los **de tipo individual** como autoestima inadecuada, curiosidad, inseguridad, depresión, experiencia de frustraciones repetidas y baja tolerancia a las situaciones de conflicto, insatisfacción personal, pesimismo, impulsividad, rebeldía, escasas o nulas habilidades psicosociales, escasa autonomía, dificultades en la toma de decisiones adecuadas, entre otros. **Los factores de riesgo en la familia** hacen referencia a vínculos afectivos débiles, conflictos persistentes, falta o inadecuado control del comportamiento de sus miembros, dificultades en el establecimiento de reglas y disciplina, bajas expectativas de éxito de los miembros de la familia, uso y abuso de sustancias por los integrantes, ejercicio violento de la autoridad, practica frecuente de castigo físico y maltrato psicológico, sobreprotección a los/as hijos/as o cónyuge, etc. **Los factores de riesgo social** se refieren a la forma en que las personas interactúan con los agentes de socialización fuera de la familia, específicamente la escuela, los compañeros, el medio social inmediato y la comunidad.

La teoría de costos y beneficios.- Sugiere que la elección de dejar la relación de maltrato está en función de que el beneficio total de esta decisión sea mayor que el costo de permanecer en la situación.

Existen muchas teorías que como las antes mencionadas intentan comprender las razones por las cuales se hace difícil para la víctima romper con el círculo de la violencia. Este crecimiento en cuanto a las propuestas se debe al reciente y cada vez mayor interés de la sociedad en general sobre el tema. Sin embargo es necesario continuar la investigación, sobre todo con relación a los mecanismos que terapéuticamente pueden ser utilizados para el objetivo final.

Propuestas de Intervención Terapéutica en la Violencia Familiar

La mayor parte de propuestas de acción frente a la violencia, exponen la necesidad de realizar un tratamiento interdisciplinario, que involucra intervenciones a diferentes niveles: El individual, El relacional, El comunitario y El social.

Uno de los pasos considerados como indispensable, hace referencia a la presentación de la denuncia ante las autoridades pertinentes, lo cual permite a diferentes instituciones el tomar las medidas correspondientes. Durante esta etapa, es necesario informar a la persona agredida sobre los derechos y servicios, gubernamentales y privados correspondientes para la atención. A continuación es necesario realizar una valoración médica de la paciente, ya sea que las agresiones sean visibles o no. En muchas ocasiones, y de ser posible, se procede a la reubicación de la víctima en albergues o casas de acogida especializadas en la problemática de violencia.

Posteriormente, pero no menos importante, debe realizarse la intervención psicológica para la víctima. Dentro de la Ley Contra la Violencia a la Mujer vigente en Ecuador la atención psicológica está generalmente dispuesta dentro de las medidas de protección asignadas a cada caso.

Tal como plantea Mónica Dohmen, “el abordaje profesional durante la admisión, incluye la desmitificación del rol tradicional del género femenino como madre, esposa y ama de casa. Es necesario trabajar sobre los prejuicios y expectativas que llevan incorporados estas mujeres respecto del estereotipo, estimulándolas a la valoración de sí mismas como sujetos autónomos, significados

independientemente del rol o la posición social que ocupan, revalorizando su autoestima”⁶⁹

Algunas propuestas han sido escritas con respecto al tratamiento psicológico. Muchos autores son reconocidos en el tema de la violencia, entre los cuales encontramos a Jorge Corsi y su grupo de colaboradores. Entre las propuestas metodológicas, se plantea trabajar directamente sobre los efectos psicológicos como bajo nivel de autoestima, constante bloqueo de las iniciativas infantiles, fuertes sentimientos de degradación y humillación, actitudes de sometimiento, aislamiento afectivo, rendimiento general disminuido, sensación de soledad y desamparo, presencia de conductas autodestructivas (uso indebido de tranquilizantes, fumar, beber o comer en exceso), percepción fatalista de la vida, intentos de suicidio, entre otros.

La terapia grupal, como sostienen varios autores, ha demostrado brindar excelentes resultados en cuanto al soporte emocional de la mujer. Entre los objetivos de esta propuesta terapéutica se encuentra el fortalecimiento a través del intercambio con pares que padecen el mismo problema. Además se consigue salir del aislamiento al que generalmente han sido sometidas por el agresor, sintiéndose apoyadas en las demás integrantes del grupo. Se trata de generar en la mujer maltratada un sentimiento de confianza respecto del conocimiento y expresión de sus derechos y su autoridad como individuo, así como hacer valer sus necesidades como persona.

Otros autores plantean el tratamiento desde la concepción del estrés postraumático como diagnóstico principal, atendiendo a los síntomas relacionados con la ansiedad, alerta o manifestaciones como alteraciones en el sueño, irritabilidad, dificultad en la concentración hipervigilancia, etc.

Muchas y variadas propuestas de intervención pueden encontrarse alrededor de la Violencia Intrafamiliar. Ante tan variada oferta es fácil que los terapeutas puedan caer en el caótico y desordenado eclecticismo. Una propuesta desde el Modelo Integrativo podría brindar valiosa ayuda en este campo.

⁶⁹ DOHMEN Mónica. CORSI Jorge. Violencia Familiar, una mirada sobre un grave problema social. Editorial Paidós. 1994. Pág. 81

ESQUEMA TENTATIVO

Introducción

CAPITULO I

LA VIOLENCIA

- 1.1. Generalidades
- 1.2. Definición de Violencia
- 1.3. Causas de la violencia y sus diferentes tipos
- 1.4. Mitos y realidades sobre la violencia
- 1.5. La Violencia vista desde un enfoque de género
- 1.6. Efectos de la Violencia
- 1.7. La Casa de Acogida “María Amor”
- 1.8. Propuestas de intervención y proceso de “Empoderamiento”

Capitulo II

LA TERAPIA DE GRUPO

- 2.1 Generalidades
- 2.2 Tipos de intervenciones grupales
- 2.3 Descripción del grupo terapéutico

Capitulo III

DISEÑO DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DESDE EL MODELO INTEGRATIVO ECUATORIANO

- 3.1 Generalidades sobre el Modelo Integrativo basado en la Personalidad
- 3.2 La violencia desde una perspectiva integrativa
- 3.3 La terapia grupal desde una perspectiva integrativa
- 3.4 Plan terapéutico Grupal para mujeres que viven situaciones de Violencia desde el Modelo Integrativo basado en la Personalidad

APLICACIÓN DEL PROGRAMA Y RESULTADOS

- 4.1 Evaluación inicial
- 4.2 Presentación y aplicación del dispositivo grupal
- 4.3 Evaluación final

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

METODOLOGÍA

Se empleará el método Descriptivo.

Para obtener la información necesaria, se utilizará técnicas generales como:

- Técnicas Documentales y Bibliográficas, que permitan un amplio conocimiento de los elementos teóricos existentes sobre el tema.
- Información empírica secundaria e indirecta de distintas fuentes como artículos y publicaciones que sobre el tema se han realizado.
- Técnicas cualitativas (FIEPs y observación participante) y cuantitativas de recolección de datos (reactivos psicológicos, encuestas y cuestionarios: Cuestionario de Personalidad SEAPSI, Inventario de Depresión de Beck, Inventario de Autoestima de Coersmith, Inventario de Ansiedad de Hamilton)

El universo a considerarse serán las mujeres acogidas en la Casa “María Amor” en el período abril – julio del año 2007. La muestra en consideración serán las mujeres víctimas de Violencia Intrafamiliar.

CRONOGRAMA

Para la realización de esta investigación es necesario aproximadamente 7 meses, por lo que la distribución de las actividades se llevará a cabo de acuerdo al siguiente cronograma:

ACTIVIDADES	ABR/07	MAY/07	JUN/07	JUL/07	AGO/07	SEP/07	OCT/07
Investigación Bibliográfica	_____						
Diseño, presentación y aplicación del dispositivo grupal		_____					
Desarrollo de Capítulos							
Clasificación y procesamiento de información					_____		
Propuesta						_____	
Revisión de Director						_____	
Corrección							_____
Impresión							_____

BIBLIOGRAFIA

- BALAREZO Lucio. *Psicoterapia*. Quito: Centro de Publicaciones PUCE. 2004
- BALAREZO Lucio. *Apuntes de Sistemas Contemporáneos de Psicología*. Centro de publicaciones. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. 2004
- BALAREZO Lucio. *Psicoterapia, Asesoramiento y Consejería*. Centro de publicaciones. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. 2003
- CORSI Jorge. *Violencia familiar. Una mirada Interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Buenos Aires: Editorial Paidós. 1994
- ESTREMADOYRO, J. *Violencia en la pareja*. Comisaria de mujeres en el Perú Lima. 1992
- FERNANDEZ-ALVAREZ Héctor. OPAZO Roberto. *La integración en psicoterapia. Manual practico*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica. 2004
- FERNANDEZ-ALVAREZ Héctor. *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Buenos Aires: Editorial Paidós. 2005
- HERRERA Jorge. *Aspectos generales de agresión*. México: Editorial Limusa. 2000
- MARK Ashley. *PROBLEMAS SOCIALES*. Barcelona: Editorial Barcelona. 1986
- TORO Ricardo. YEPEZ Luis. *Fundamentos de Medicina. Psiquiatría*. Medellín: Ediciones Rojo 1998
- <http://www.ucip.net/urgencias/maltrato/html>
- <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/paola/violencia/>
- <http://www.medicinadefamiliac/protocolos/violenciaintrafam.pdf>