

“Apoyo psicológico con mujeres agredidas: sistematización de una experiencia”.

Andrea Machuca San Martín

Introducción

Entre los años 1992 y 1995, el equipo del Centro psicológico de la P.Universidad Católica, implementaron el proyecto de intervención comunitaria “Programa de prevención y apoyo a la mujer, el niño y la niña maltratados”. Este programa incluyó como una acción de nivel secundario la atención psicoterapéutica de mujeres que eran maltratadas en su relación de pareja. Durante el tiempo de implementación del proyecto se atendieron alrededor de quinientas mujeres* .

El desafío para un equipo profesional formado únicamente por psicólogos fue generar una modalidad de atención y ayuda para las mujeres que lo solicitaban o eran derivadas por algún punto de la red comunitaria. Constituía para los profesionales un aprendizaje profundo y un esfuerzo de creación e integración de los recursos disponibles enfrentar un problema emergente y ante el cual la formación profesional tradicional resultaba insuficiente.

Un gran esfuerzo estuvo puesto en la búsqueda de referentes teóricos y modelos psicoterapéuticos que orientaran el accionar, esa búsqueda significó también el desechar algunos marcos tradicionales para adentrarse en una tarea que es específica: el trabajo terapéutico con personas que han vivido violencia en sus relaciones íntimas y cotidianas, sean ellos niños, mujeres o varones requiere de herramientas singulares esa experiencia.

* El equipo de profesionales que trabajó en la atención de mujeres agredidas estuvo conformado, además de la autora, por las profesionales: Mariana Bravo, Cristina Muñoz, Elizabeth Durán y Carmen Laura Sandoval.

El texto que se entrega a continuación constituye parte del resultado de esa búsqueda y pretende transmitir una experiencia y la sistematización de ella, incluyendo sucintamente aquellos conceptos y perspectivas teóricas que le dan sustento. No se intenta por tanto entregar verdades sino que contribuir a un proceso para enfrentar una problemática que por su magnitud, el daño y el sufrimiento que implica sigue siendo una tarea pendiente.

Violencia en contra de la mujer al interior de la familia

La labor de socialización y denuncia de la violencia al interior de las parejas que realizaron los movimientos feministas en la década del 60, cuyo objetivo fue terminar con la invisibilidad que el fenómeno había tenido hasta entonces, estimuló el surgimiento de diversos modelos teóricos que intentan explicar el fenómeno de la violencia al interior del grupo familiar y conceptualizarlo, más allá del ámbito de lo privado, como un grave problema social (Straus 1980, Del Martín 1985, Ferreira 1989, Walker 1989, Aron 1995).

Respecto a la violencia en contra de la mujer al interior de la pareja, las principales perspectivas desarrolladas incorporan los modelos socioculturales considerando el ordenamiento social, los roles adscritos al género, y los mitos y creencias en torno a la violencia como factores en la aparición y perpetuación de ella como forma de intercambio entre seres humanos y de resolución de conflictos al interior de diversos sistemas (Ferreira 1989, Ravazzola, 1997).

Lo anterior significa inscribir el fenómeno de la violencia en contra de la mujer al interior de su relación de pareja en el contexto del fenómeno más amplio de la violencia de género, entendida como aquella que refleja la asimetría de las relaciones de poder entre varones y mujeres y que perpetúa la desvalorización y subordinación de lo femenino frente a lo masculino (Rico, 1996).

De esta manera, aunque el maltrato dirigido hacia la mujer se da en el ámbito privado de la familia, resulta fundamental situarlo en un contexto más amplio, el sistema autoritario

y el sistema de género (Ravazzola, 1997). La cultura patriarcal impone un modelo de dominación basada en el control del hombre sobre la mujer, en que la violencia física no es sino una de las formas de control, que se ejerce cuando se ve amenazada la autoridad masculina.

Las interacciones violentas al interior de la familia se organizan en torno a dos variables, a saber, el género y el poder. El poder da origen a una estructura vertical de acuerdo a criterios de sexo y edad, y es dentro de esta estructura que las mujeres están naturalmente en una posición jerárquica inferior al hombre. El género ligado a los estereotipos culturales que atribuyen más valor a lo masculino, pone nuevamente a la mujer en un orden jerárquico inferior en relación al hombre (Corsi 1994, Walters 1994, Chelser et al. 1995, Aron et al. 1995, Ravazzola, 1997).

El tema de la estructura social patriarcal se encuentra ampliamente ligado a las expresiones violentas en contra de la mujer. La cultura patriarcal estaría representada en todas las estructuras sociales a través de la generación de relaciones de dominación/subordinación y de ordenamientos jerárquicos. El poder, la autoridad y el liderazgo al interior de la familia se sustentan en desigualdad de fuerzas y posiciones: padre-madre-hijos, hombre-mujer, adultos-niños. De esta manera no es casual que la violencia al interior de la familia afecte principalmente a aquellos miembros que se encuentran dentro de la estructura familiar, en posición de subordinación y dependencia, como es característico de la situación de la mujer (Lolas1991, Weinstein 1991, Valdez 1992, Palacio 1993, Ravazzola 1997).

Violencia conyugal

La violencia conyugal se ha definida como todas aquellas situaciones de abuso que ocurren al interior de una pareja y cuyas manifestaciones aparecen de manera cíclica y con intensidad creciente.

La noción de abuso se refiere a un estilo, patrón o modalidad que una persona ejerce sobre otros, sobre sí misma y/o sobre objetos, de una manera en que no advierte que produce daño en el otro, el cual puede ir desde lo emocional hasta lo físico. La persona que ejerce el abuso no ha aprendido a regular su conducta, ni a escuchar los mensajes de sí mismo y los otros que podrían interrumpir la secuencia abusiva. El abuso se da en contextos que, sobre la base de creencias, legitimaciones y estereotipos, contribuyen a borrar o invisibilizar estos aprendizajes reguladores (Ravazzola, 1997).

La violencia conyugal puede entenderse como un fenómeno social que se reproduce en el ámbito familiar, consensual o legal, y que consiste en el uso de medios instrumentales por parte del cónyuge para intimidar psicológica, física, moral y sexualmente a la pareja (Larraín, 1994).

Situada en el marco de la violencia de género, es decir, aquella que hace vulnerable a la mujer por su sola condición de tal, la violencia conyugal se ha conceptualizado como el uso de la fuerza por parte del hombre en contra de su pareja para imponer el control y generar una relación desigual, lo cual constituye una de las formas más crudas de ejercicio del poder. De esta manera se convierte en un arma para someter y doblegar voluntades y perpetuar conductas de acuerdo a roles, e incluye todo daño agresivo e intencional sucedido en la intimidad, que cause daño corporal o emocional (González, 1991; Arias, 1990).

La dinámica de la violencia conyugal ha sido descrita en el concepto del "ciclo de la violencia", como una que se desarrolla en tres fases que se reproducen y se repiten en el tiempo: acumulación de tensión, episodio agudo y reconciliación o luna de miel (Walker, 1979).

La fase de acumulación de tensión se caracteriza por la aparición de conflictos, enojos y reacciones violentas aisladas en la relación de la pareja. La mujer siente que ella puede controlar la situación en tanto haga todo aquello que impida que el hombre se enoje y golpee. Para sentir la situación bajo control, la mujer debe negar sus propias sensaciones

de molestia y malestar y comienza a internalizar el razonamiento del agresor, aquel que atribuye la responsabilidad de la situación a faltas, errores o provocaciones realizadas por ella. La ocurrencia de dificultades es minimizada y se niega el conocimiento y la experiencia de que a esta tensión sobreviene el episodio de golpes. Progresivamente el control de la situación se va perdiendo.

Por su parte el agresor no intenta controlarse, legitima sus reacciones violentas en una serie de creencias y estereotipos de la relación hombre-mujer y a través de la externalización de la responsabilidad de lo ocurrido al accionar de la mujer. En tanto sabe que su conducta no es correcta comienza a temer que la mujer lo abandone y reacciona ante ello aumentando su opresión y su control sobre ella.

Los ataques verbales se hacen más fuertes y humillantes, la tensión y el miedo aumentan. Ambos desean evitar la fase siguiente, pero aún cuando pueda transcurrir mucho tiempo, variable en cada pareja, ésta sobreviene.

El episodio agudo de golpes es la señal de que el proceso ya no responde a ningún control, la violencia se descarga descontroladamente, con grados de intensidad y descontrol que la diferencian de lo ocurrido en la fase anterior. El hombre acepta su rabia y justifica su conducta en sucesos y conflictos de la fase de acumulación de tensión.

La mujer vivencia lo inevitable y su terror, rabia y ansiedad se hacen intolerables. Todos sus recursos emocionales y psicológicos están puestos en la sobrevivencia. Luego sobreviene el shock, caracterizado por la incredulidad y la negación de lo ocurrido y la fuerte sensación de impotencia y paralización. Esta condición le impide por ahora buscar ayuda o iniciar acciones orientadas a cambiar la situación, incluso el miedo puede llevarla a rechazar los intentos de intervención social como la acción policial.

En paralelo a este shock comienza la fase de luna de miel. El hombre sabe que se ha sobrepasado e intenta reparar, se siente culpable y lo hace saber, pide perdón y cree verdaderamente que nunca volverá a golpear. Cree también que la mujer ha aprendido la

lección. En su arrepentimiento recurre a otras personas vinculadas con la pareja, como la familia de origen, quienes tienden a alinearse con el sufrimiento de él.

La mujer, al igual que el hombre, necesita creer que realmente esto no volverá a ocurrir, ello la permite poner a salvo aquellos aspectos de la relación que ella valora; le permite también rescatar las expectativas, los esfuerzos y los afectos que ha puesto en esta relación. Ante el sufrimiento mostrado por el hombre, la mujer comienza a visualizarse como la única alternativa para él, aquella que puede ayudarlo y acogerlo, esta vivencia es alimentada por todos los estereotipos acerca del rol de sustento emocional que debe tener la mujer con respecto a su familia y la responsabilidad que le cabe en la mantención de la unión de ésta.

Si bien en el tránsito entre el shock y la luna de miel algunas mujeres han conseguido buscar ayuda, en la fase de luna de miel tienden a desistir de estas denuncias y peticiones.

Es precisamente esta fase la que se constituye en un fuerte elemento mantenedor de la dinámica del ciclo y en la medida que al transcurrir el tiempo esta va perdiendo fuerza y credibilidad, aumenta la posibilidad de que las mujeres pidan ayuda para interrumpir la dinámica.

Mujeres agredidas en su relación de pareja

La mujer maltratada es conceptualizada como aquella mujer que sufre agresiones intencionales físicas, psicológicas y/o sexuales por parte del hombre con quien mantiene un vínculo íntimo, ya sea legal o consensual. Si los ataques físicos y psicológicos se instalan como un modo habitual del trato del hombre hacia su compañera, se trata del caso de una mujer maltratada (Ferreira, 1989).

La Organización Panamericana de la Salud ha señalado que la violencia contra la mujer en el ámbito de las relaciones de pareja impacta gravemente su salud y constituye un daño a su integridad psicosocial (OPS, 1993).

Las consecuencias que tiene para ellas se manifiestan en el ámbito conductual, psicológico, físico y en la participación social:

A nivel conductual y psicológico se describen intentos de suicidio -las mujeres golpeadas serían 12 veces más propensas a la ideación suicida que las que no lo son-, consumo de sustancias, angustia, miedo, indefensión aprendida, depresión, dificultades sociales como el aislamiento y la hiperasertividad, internalización de la culpa, baja autoestima, alteraciones de la relación con los hijos -incluyendo el maltrato hacia ellos-, síntomas de tensión, trastornos del sueño, pérdida de concentración (OPS 1993, Larraín 1994, Arancibia y Laurolith 1994).

En el ámbito físico se manifiesta en sintomatología somática diversa como gastritis, dolores de cabeza, dolores musculares (González y Nava 1992, OPS 1993).

En el ámbito de la participación social se expresa como inhibición de las actividades en ámbitos laborales, actividades políticas, participación comunitaria, la mujer es forzada a través del miedo y la parálisis a ocupar una posición marginal en la sociedad (Carrillo 1991, OPS 1993).

De esta manera, la mujer que llega a pedir ayuda lo hace en medio de una situación de crisis, desesperada y a la vez desesperanzada de lograr alguna solución. Sus expectativas son vagas, busca un alivio y muchas veces una solución mágica y rápida que termine con el dolor, pero que resguarde aquellos aspectos de su vida que ella valora y no desea cambiar. Se encuentra en medio de una situación familiar y social muy dañada, con dificultades en distintos ámbitos de su vida y una situación global tanto de aislamiento como de carencia de apoyos sociales estables. La vivencia de maltrato es una situación traumática que se repite en la vida de la mujer y donde el evento desencadenante -el o los

episodios violentos- se mantiene presente a través de la dinámica abusiva (Machuca, 1996).

Más allá de la crisis, la vivencia de maltrato al interior de la relación de pareja tiene costos emocionales involucrados y entorpece el bienestar psicosocial. En el caso de la mujer este daño se representa en un fuerte deterioro de su autoestima, la internalización de una serie de creencias negativas acerca de sí misma y la vivencia de la imposibilidad e impotencia para cambiar la situación. La humillación, la vergüenza y la culpabilización por los hechos de violencia contribuyen a su progresivo aislamiento y a dificultar su participación en instancias sociales y comunitarias que podrían ser potenciales fuentes de ayuda. El miedo ante la inminencia del hecho violento la paraliza y la mantiene en situación de indefensión (González 1991, León 1992, González y Nava 1992, OPS 1993, Mazza 1996).

Desde la perspectiva clínica, se destaca en las mujeres que piden ayuda por estar sufriendo malos tratos en su relación de pareja, la presencia de constelaciones sintomáticas diversas y complejas. Así, se observan síntomas psicológicos en la línea angustiosa y depresiva, y sintomatología somática variada y recurrente (dolores osteoarticulares, trastornos digestivos, cefaleas). En al menos una de cada cuatro mujeres aparece ideación y conducta suicida (Machuca 1996).

Un modelo de intervención con mujeres maltratadas

Intervenir en la problemática de la mujer que vive violencia al interior de su pareja implica actuar desde distintos ámbitos -legal, social, terapéutico- y distintos niveles - primario, secundario y terciario-. Cambiar la situación de la mujer que es maltratada supone, además, estrategias específicas dirigidas a su protección y apoyo.

Las intervenciones suponen a nivel primario, estrategias destinadas a cambiar los modelos sociales basados en jerarquías de dominación por modelos solidarios de

organización social en que las jerarquías sean de actualización de las potencialidades de los distintos niveles de la organización en función de maximizar todo el sistema relacional (Aron et al. 1995).

A nivel secundario y terciario supone dar acogida a la mujer que está sufriendo el problema, lo cual significa generar estrategias de ayuda para la interrupción y la salida del circuito de la violencia y la reparación de los daños que la vivencia de violencia acarrea en su integridad y posibilidades de desarrollo.

Desde la perspectiva de los modelos de salud mental, intervenciones como las mencionadas se insertan de los llamados modelos de Bienestar Psicosocial o de Competencias (Aron, 1992). Estos proponen un concepto de salud mental que va más allá de la ausencia de enfermedad y que incluye el desarrollo de las propias potencialidades en una relación de equidad con el ecosistema social. Desde este modelo se enfatizan las intervenciones preventivas en lugar de las curativas, y se establecen relaciones de fortalecimiento y asociación con los consultantes y con los miembros de otros equipos de trabajo para generar contextos protectores para las víctimas de violencia y sus familias.

Por otra parte, el modelo de redes sociales y de intervención en red, involucra a las redes sociales personales de apoyo y a las redes institucionales como una malla en la cual se soluciona un problema (Dabas, 1993).

En el caso de las mujeres que son maltratadas en su relación de pareja, la importancia de estas concepciones teóricas radica en plantear la necesidad de activar los recursos que posee la mujer, tanto aquellos provenientes de su medio natural e institucional, como los recursos personales individuales, en la búsqueda de la interrupción de la violencia, la generación de medidas de protección y cambio, la reparación psicológica y emocional y la reinserción social.

La intervención en salud mental con mujeres que viven o han vivido violencia en su pareja, corresponde al nivel secundario de intervención. De acuerdo a la experiencia de

atención del equipo del Centro psicológico, esta intervención puede entenderse en dos momentos o dimensiones: la intervención en crisis o primer apoyo y la terapia de reparación y reinserción social.

La distinción de estos dos momentos terapéuticos responde a la constatación de que cerca de la mitad de las mujeres que solicitan ayuda psicológica se mantienen en el vínculo de ayuda por un período que va entre una y cuatro sesiones. Esta situación obliga a plantearse estrategias terapéuticas que puedan implementarse en ese período de tiempo y que puedan también prolongarse en aquellos casos en que la mujer decide mantener el vínculo de ayuda. De este modo se va construyendo un modelo de atención de niveles sucesivos, en tiempo y profundidad (Machuca, 1996).

La intervención en crisis

El concepto de crisis alude al conjunto de reacciones emocionales, cognitivas y conductuales que experimenta una persona al momento de enfrentar una situación o problema para cuyo enfrentamiento sus métodos habituales de resolución resultan insuficientes. En tanto la persona enfrenta obstáculos para movilizar sus recursos habituales, su nivel de adaptación y funcionamiento cotidiano se ve interferido.

Al enfrentar una crisis la persona entra en un estado de desorganización limitado en el tiempo y, con la movilización de recursos personales y de su entorno es capaz de recuperar su adaptación vital e, incluso en ocasiones, lograr mejores niveles de funcionamiento. La recuperación de la condición pre-crisis se ve facilitada por la desaparición del evento desencadenante de la reacción.

Por qué es que una mujer llega a pedir ayuda

La importancia de esta pregunta radica en que dada la condición de daño en que se encuentra una mujer que es agredida en su relación de pareja y considerando la

complejidad de la dinámica de la violencia instalada, cualquier intento de ayuda y apoyo psicológico debe conceptualizarse como una parte más de ese circuito y debe actuar por tanto sobre la más amplia comprensión de él.

Se han establecido algunos de los gatillantes de la petición de ayuda, son (Machuca, 1996):

- La violencia ha adquirido características inesperadas, por ejemplo en intensidad o frecuencia. Este factor actúa como elemento discordante en la “anestesia” experimentada por la mujer dada la cronicidad de la situación de violencia y los mecanismos invisibilizadores individuales y sociales. Muchas veces significa para la mujer volver a sentir el miedo que sintió al comienzo de la instalación de la dinámica de la violencia en la pareja.
- La violencia empieza a involucrar a otros, especialmente a los hijos, y se hace imposible a la mujer silenciarla. La participación de los hijos en los episodios de violencia ya sea como testigos o como actores que intentan intervenir en esa situación, generalmente en defensa de la madre, actúa como una señal de alarma en la mujer en cuanto a la gravedad de la situación. En caso de la existencia de hijos varones adolescentes, uno de los temores que aparecen en la mujer es al enfrentamiento físico entre éstos y el padre agresor.
- Terceros intervienen desde instituciones sociales, lugares de poder o redes significativas. La intervención de terceros actúa rompiendo el circuito de aislamiento que rodea a la familia y a la mujer que vive violencia, si esta intervención es activa los terceros actúan de interfase y enlace con recursos de ayuda y también como entorno protector y fortalecedor para buscarla.
- Conocimiento por parte de la mujer de que su problema es también vivido por otras personas. Ellos especialmente en grupos comunitarios, redes o a través de los medios de comunicación masiva. El aislamiento asociado a las situaciones de violencia y la

escasa participación de la mujer, actúa como un factor de riesgo y cronicidad, en tanto la mujer toma contacto con su entorno obtiene información acerca de lo que ocurre con otras personas y ello actúa como un elemento que le permite evaluar su realidad con nuevos referentes.

- Aparición de sintomatología, lo cual hace sentir a la mujer que ya no puede “aguantar” más y que la situación escapa de su control. La experimentación de molestias físicas y psicológicas evidentes, constituyen una señal para la mujer de la gravedad de la situación en que se encuentra y también le dan cuenta del socavamiento de sus fuerzas para vivir cotidianamente la situación y de su integridad. Esta sintomatología permite también romper el anestesiamiento que acompaña a la violencia en los vínculos cotidianos.

Cómo se encuentra la mujer cuando va a pedir ayuda

La peculiaridad de la crisis vivida por las mujeres que son maltratadas en su relación de pareja es que lo que podría ser llamado el evento desencadenante, el ejercicio de la conducta violenta por parte del agresor, permanece presente a través de la dinámica de la violencia, la amenaza y el miedo. Ello tiene como consecuencias que la condición emocional y el funcionamiento de la mujer no logran recuperarse y los síntomas psicológicos y conductuales asociados permanecen también presentes.

La constancia del factor amenazante y desencadenante de la crisis lleva hablar entonces de mujeres en crisis permanente y de una vida cotidiana que se organiza en torno a ello, impidiendo por tanto el logro de niveles de funcionamiento adaptativos.

Una complejidad para la intervención es entonces el encontrarse con mujeres en quienes esta sintomatología parece haberse instalado como un modo de funcionamiento, lo cual puede llevar muchas veces a la patologización de ellas de acuerdo a modelos tradicionales de salud mental.

De acuerdo a la experiencia de atención de mujeres realizadas en el Centro Psicológico, existen variados concomitantes y reacciones posibles a la crisis, sin embargo algunas de ellas son más ilustrativas de cómo se encuentra la mujer al momento de solicitar una primera ayuda y tienen por tanto una gran importancia a la hora de planificar esta ayuda, definir sus objetivos y operar para su consecución (Machuca, 1996).

Cuatro aspectos caracterizan la condición psicológica de la mujer al momento de recibir una intervención en crisis: la confusión, la dificultad para focalizar, la dificultad para recibir e integrar información y la alteración conductual, la cual puede expresarse en paralización o hiperactividad.

Todas estas expresiones de crisis resultan muy similares a las observadas en personas que viven eventos traumáticos como delitos violentos o catástrofes naturales. Sólo que en esos casos los síntomas tienden a ceder o desaparecer en la medida en que la amenaza también desaparece o se hace improbable de ocurrir.

La **confusión** se expresa en la mujer, entre otras manifestaciones, en la dificultad para relatar hechos de manera cronológica, en la entrega de datos que aparecen como inconsistentes, en la dificultad para discriminar contenidos relevantes de aquellos que no lo son, en la interferencia en poder jerarquizar la información que entrega.

La **dificultad de focalizar** se expresa principalmente en la realización de relatos extensos con relación a cualquier hecho o información que la mujer quiere entregar, aparece un modo de pensamiento y relato similar al "pensamiento en rama", es decir, aquel que parte de un punto y va tomando muchos desvíos en detalles, sin llegar al fondo de lo que se desea expresar.

La **dificultad de recibir e integrar información** se expresa en una aparente pobreza de información que la mujer posee con relación a su medio circundante y también en la interferencia para incorporar y retener información nueva que se le pueda entregar en el contacto o primer apoyo.

La ***alteración conductual*** adquiere, de acuerdo a la experiencia de atenciones realizadas, dos formas principales: la hiperactividad y la paralización. En el polo de la hiperactividad la más clara manifestación se observa en aquellas mujeres que han realizado numerosas acciones en la búsqueda de solución y ayuda para su padecer. Lo característico de esta hiperactividad es que al profundizar en el cómo de esas acciones, se observa la existencia de irreflexibilidad y realización errática de ellas, lo cual redundará en magros resultados. En el otro polo la paralización se expresa, desde la perspectiva del observador, en la ausencia de acciones que puedan conducir de alguna manera a la protección y/o solución de la situación de violencia vivida. Para quien realiza el primer apoyo significa estar frente a una mujer que no ha realizado lo que para quien está fuera de la situación parece mínimo y obvio para la protección.

Expresiones de la crisis en la mujer que va a pedir ayuda

- Confusión
- Dificultad de focalizar
- Dificultad de recibir e integrar información
- Hiperactividad / Paralización

Implicancias del estado de la mujer para la intervención

Para los operadores de primer apoyo e intervención en crisis la condición de la mujer tal como ha sido descrita implica el plantearse muy activa y directivamente frente a ella. De alguna manera significa proveer a la mujer de una estructura externa que la permita a ella ordenar sus recursos y estructurar su experiencia, su relato y su petición de ayuda.

Concretamente lo anterior significa que el operador debe suplir transitoriamente las funciones que la mujer no está en condiciones de realizar, esto es que debe ser quien está realizando la intervención quien activamente debe ordenar el relato, jerarquizar informaciones y datos, focalizar a través de la realización de preguntas clara, concretas

y acotadas, debe ser activo/a en la distinción de la información relevante de aquella que no lo es y debe ordenar el relato para que la mujer lo pueda escuchar de esta manera.

Quien opera realizando la intervención en crisis debe graduar activamente la información que entrega a la mujer, priorizando aquello que es estrictamente necesario y contingente y asegurarse que ella la ha entendido y sabe para qué utilizarla. De lo contrario se corre el riesgo de seguir adelante con la ayuda creyendo que la mujer ha integrado más información que la que es capaz de manejar y por tanto de intervenir de manera ineficiente y ocupando alternativas de intervención que perderán impacto por su desajuste con el momento que vive la mujer.

Por otra parte, la alteración conductual descrita significa para quien realiza el primer apoyo un desafío en la profundización de la actitud y apariencia mostrada por la mujer. Respecto a las mujeres que aparecen pasivas, el riesgo es descalificarlas y declararlas incompetentes por no haber realizado frente a su situación aquello que parece obvio. Desde esa descalificación el operador/a podría caer en "hacer en lugar de ella" en vez de ayudarla a pensar y construir un qué hacer, lo cual la debilita aún más. En este caso una estrategia posible es ir construyendo en conjunto con la mujer secuencias de acciones destinadas en principio a su mínima protección. Construir las secuencias en el transcurso del primer apoyo y su contexto protegido, significa que en su medio natural la mujer las puede poner en marcha de manera casi automática.

Respecto a las mujeres que aparecen hiperactivas el riesgo para quien realiza la ayuda es pensar que ella no la necesita porque ya "ha hecho todo" y en ese sentido privar de apoyo a una mujer que igualmente está en crisis. Para contrastar esta hiperactividad, el operador/a debe ser activo en la reconstrucción de las acciones realizadas por la mujer, de modo de ir comprobando si efectivamente fueron desarrolladas de la manera en que se vuelven útiles, lo cual significa revisarlas en detalles y evaluar con qué se quedó la mujer luego de realizarlas. El objetivo de esta estrategia es evaluar y discriminar cuáles de esas acciones tienen un buen futuro y cuáles no, cuestión que muchas veces tiene que ver con el cómo fueron implementadas más que con su efectividad genérica. En definitiva, se

trata de que la mujer no incorpore erróneamente la sensación de que ha hecho todo y nada ha resultado, lo cual profundiza el sentimiento de impotencia e indefensión ya experimentado.

Objetivos de la intervención en crisis

Con todas las consideraciones anteriores, el objetivo general de la intervención en crisis es restablecer la capacidad inmediata de enfrentamiento de la situación cotidiana.

Para el logro de este objetivo general se hace necesario centrar el accionar en:

- ***hacer contacto psicológico***: significa crear una atmósfera de confianza y de respeto que la permita a la mujer sentirse en condiciones emocionalmente seguras y no abusivas en las cuales pueda expresar sus emociones y contar lo que ha vivido.
- ***apoyar y contener a la mujer maltratada***: significa escuchar empáticamente y sin el establecimiento de juicios que puedan victimizar secundariamente a la mujer. En atención a como se encuentra la mujer en crisis, el escuchar no significa no poner límites al relato, por el contrario, significa ser activo/a en estructurar dicho relato y devolverlo de esa manera a la mujer. Esta estructuración externa tiene un impacto terapéutico para quien vive una situación que por su impacto en el aparato psíquico tiene precisamente el poder de desestructurar y confundir, En este caso lo contenedor es contribuir a poner límites a la experiencia.

La estructuración de la experiencia significa también ayudar a la mujer a "poner nombre" a aquello que ha vivido y a aquello que siente, lo cual tiene por resultado la validación las percepciones y las emociones de la mujer, permitiendo la integración emocional.

Finalmente la contención ligada a la estructuración de la experiencia implica también contextualizar lo que la mujer experimenta en cuanto a sensaciones, sentimientos y

molestias o síntomas en la vivencia de una experiencia cotidiana dañina. Esto significa "despatologizar" los síntomas para entenderlos como una reacción a un contexto relacional que produce daño y alteraciones emocionales, es decir, el miedo, la humillación, la vergüenza, el desconcierto y otros son entendibles cuando se vive en medio de la violencia cotidiana.

- ***Evaluar y reducir el riesgo:*** significa llegar a generar e instalar formas de protección para la mujer agredida y su familia, las cuales pueden ir desde cambios concretos en el entorno para evitar transitoriamente los golpes hasta la implementación de medidas de protección legal y social. En casos de violencia en la pareja es posible distinguir el riesgo vital tanto de quien es agredida como del agresor. Este riesgo está asociado tanto a la ocurrencia misma de los episodios de violencia como a la ideación suicida altamente asociada a esta situación.

De esta manera se hace relevante para lograr este objetivo, evaluar las dimensiones de la violencia y el riesgo implicado en ella, logrando distinguir aquellas necesidades inmediatas de aquellas que se orientan a soluciones definitivas y que pueden ser transitoriamente pospuestas.

Algunos de los índices de riesgo tienen que ver con el tiempo que lleva instalada la violencia y su relación con la intensidad creciente. En tanto transcurre el tiempo, los ciclos de la violencia son más cortos, las agresiones más intensas y el tiempo de calma menor. Un factor de riesgo asociado a ello es la incorporación de armas u objetos contundentes en la escena violenta, ya sea en manos del agresor o usados como intentos de defensa por parte de la mujer.

Otro factor de riesgo es el aislamiento social de la mujer y la familia, el cual suele ser progresivo y forma parte de la instalación de la violencia en la relación, a mayor aislamiento aumenta el riesgo por la vía de la desprotección de la mujer y la sensación de impunidad del agresor.

Desde otra vertiente, las amenazas de suicidio u homicidio por parte de la mujer agredida y/o por parte de la agresión son otro factor significativo de riesgo. Las amenazas de homicidio por parte de quien es agredida forman parte a veces de intentos de defensa e igualación en la agresión que pueden conducir a una escalada violenta y por tanto a más riesgo.

- ***enlazar con otros recursos de ayuda:*** en la perspectiva de la necesidad de enfrentar la situación de la mujer maltratada en el contexto de una red de ayuda social, el primer apoyo debe insertarse en un conjunto de acciones en distintos ámbitos. Esto significa que quien realiza una intervención en crisis actúe de interfase para conectar a la mujer con sistema de ayuda legal, social, de salud mental, grupos de ayuda y otros. En consideración al estado de crisis de la mujer, esta acción debe inscribirse en un proceso de derivación vincular, es decir, realizado en el marco de la acogida, contención y compromiso con la mujer, ello principalmente para evitar la sensación de ser expulsada y no ayudada por quien la deriva. Esta conexión debe incluir pistas específicas, como lugares, direcciones, personas, objetivos y debe ser clara y explícita en qué es esperable de cada instancia.

El enlace con otros recursos de la red le da a la intervención en crisis su verdadero carácter de ayuda limitada en el tiempo, el espacio y los objetivos que pretende cumplir.

Tanto para quien pide ayuda como para quien la entrega resulta relevante el establecimiento de algún tipo de seguimiento que permita darle continuidad al vínculo, en respeto a la intensidad e importancia que tiene una primera ayuda para una persona en crisis, y desde el punto de vista del operador, cerrar el proceso de ayuda sabiendo qué ocurrió con la mujer (Aron et al. 1998).

Objetivos de la intervención en crisis

- Hacer contacto psicológico
- Apoyar y contener
- Evaluar y reducir el riesgo
- Enlazar con otros recursos de ayuda

Terapia de reparación con mujeres que viven violencia conyugal

Al hablar de terapia de reparación se hace referencia al trabajo terapéutico que va más allá de la resolución de la crisis, aún cuando se ha iniciado ahí, y que está orientado al fortalecimiento de esos logros iniciales y a la profundización del proceso que hace la mujer para cambiar y/o salir de la situación en que se encuentra. Es el trabajo que se realiza con aquellas mujeres que por razones personales y/o factibilidad práctica acceden a un vínculo terapéutico de mayor extensión en el tiempo.

El término reparación hace referencia a la necesidad de recuperar y mejorar la condición psicosocial de la mujer, asumiendo que la vivencia de la violencia ha dejado importantes daños en su salud mental.

Objetivos de la terapia de reparación

- ***Romper el círculo de la violencia***, ya sea parando los golpes o acabando con las crisis. El objetivo terminal del proceso terapéutico es la eliminación de la experiencia de violencia de la vida de la mujer, la vía por la cual eso ocurra va a depender de aquellas soluciones que la mujer quiera implementar, cuáles de ellas se siente capaz de enfrentar y los recursos individuales y sociales con que cuente para ello. El logro mínimo en la consecución de este objetivo es que la mujer esté a salvo y sea capaz de protegerse, independientemente de las acciones de quien ejerce la agresión.

- ***Generación de estrategias de protección*** concordantes con el riesgo y la necesidad de interrumpir el ciclo. Se refiere al primer paso en vías al cambio en la situación vital de la mujer y al resguardo de su integridad física y psicológica como un paso necesario para la recuperación y activación de sus recursos personales.
- ***Activación de los recursos personales y sociales de la mujer***, con vistas a la redefinición de la relación de pareja o a la salida de la mujer ese contexto relacional. En tanto la mujer se encuentra protegida de la violencia, concretamente a través de estrategias para ponerse a salvo sí es que sobrevienen nuevas agresiones y simbólicamente, a través de la restauración de su dignidad y su acogida en un vínculo de ayuda no abusivo, puede activar recursos orientados a cambios y soluciones a mediano y largo plazo.
- ***Individuación de la mujer***, activación de recursos personales y proceso de revalorización que permita definir proyectos personales, mejorar calidad de vida y activar redes personales para interrumpir el aislamiento característico de estas situaciones. Constituye el objetivo más profundo y se orienta a restaurar las heridas que la vivencia de la violencia a dejado en la mujer, la concepción de sí misma y la recuperación de sus proyectos vitales a través de una comprensión profunda de lo que ha vivido, su dinámica, sus mecanismos reproductores e invisibilizadores y el daño experimentado.

Principales objetivos de la terapia de reparación con mujeres agredidas

- Interrupción del circuito de la violencia
- Generación de estrategias de protección
- Activación de los recursos personales y sociales de la mujer
- Individuación y recuperación de proyectos personales y vitales

Intervenciones terapéuticas específicas

El logro de los objetivos de la terapia de reparación se relaciona con la implementación de estrategias terapéuticas específicas que se suceden en una secuencia y articulación que es propia del devenir de cada situación terapéutica, incluyendo a sus dos participantes.

Algunas de esas estrategias terapéuticas son (Machuca 1996):

- ***Acogida***: incluye el escuchar activamente, establecer contacto afectivo empático, dar cabida a la expresión de sentimientos sin enjuiciarlos, contener la situación de crisis. La contención significa la estructuración conjunta de la experiencia emocional de una manera que permite construir límites a la invasión psicológica que ella implica.
- ***Socialización de la situación vivida en aislamiento***: incluye nominarla como situación de maltrato y realizar la oferta de ayuda terapéutica.
- ***Aclaración y reflexión respecto a la situación de violencia***: implica contextualizar sentimientos y conductas de la consultante como resultantes de una situación de crisis y de violencia sostenida, así como generar una comprensión acerca de los circuitos en que ésta se ha desarrollado.
- ***Establecimiento de responsabilidades con relación a la violencia***: incluye cuestionar justificaciones de violencia y “culpas” de la agredida que tienden a perpetuar la dinámica violenta y establecer responsabilidades de la consultante en proteger y cuidar su vida.
- ***Reajuste de expectativas***: está ligada a la oferta de ayuda e implica la clarificación de aquello que es posible trabajar en la instancia terapéutica y aquello que no lo es, por ejemplo producir cambios en la manera de ser del marido.

- ***Validación y fortalecimiento de la petición de ayuda:*** se identifica como el inicio de alternativas de solución, incluye la responsabilización de sí misma con relación al proceso. Se trata de rescatar la petición de ayuda como un recurso principal en la comprensión de lo dañino de la situación vivida y en la búsqueda de cambios vitales, lo cual fortalece a la mujer y tiende a revertir el sentimiento de impotencia y minusvalía.
- ***Verbalización, reconocimiento, validación y clarificación de sentimientos*** asociados a la vivencia de la violencia y también de aquellos referidos a la petición de ayuda, incluyen la validación de la confusión y la ambivalencia, así como de los temores asociados al apoyo terapéutico por lo difícil y doloroso de la situación. Se trata de facilitar el contacto de la mujer con sus sentimientos y ofrecer un espacio de legitimidad para ellos, lo cual permite progresivamente su integración y manejo. Ello considerando que la desconexión de los propios afectos y su anestesiamiento constituyen un mecanismo adaptativo frente a una situación tan invasiva como la violencia.
- ***Orientación y estimulación de la evaluación de riesgo*** de los episodios de violencia y establecimiento de estrategias de protección ante ellos; incluye la evaluación y fortalecimiento de las estrategias ya implementadas. Se pretende validar y desarrollar los recursos de la mujer en la evaluación del riesgo involucrado en los hechos de violencia con el fin de que ella sea un sujeto activo en su protección.
- ***Entrega de información*** tanto respecto a las características de la situación de violencia como a las alternativas de protección y ayuda: incluye orientación legal básica, evaluación de posibilidades de trabajo, conocimiento de los derechos personales. El manejo de la información realista permite a la mujer aumentar la comprensión de su situación y de las posibles salidas para ella.
- ***Fortalecimiento de las acciones implementadas*** en la búsqueda de la salida de la situación de violencia y de los logros obtenidos en relación a ello. El esfuerzo

desplegado por la mujer en su sobrevivencia y en la búsqueda de ayuda constituye un recurso personal que debe ser movilizado al servicio del apoyo terapéutico.

- ***Fortalecimiento de autoestima y recursos personales***, implica la confianza en los recursos de la mujer y el trabajar hacia la potenciación de ellos a través de la orientación y canalización de las fuerzas involucradas en su búsqueda de ayuda. El establecimiento de un vínculo no abusivo como el definido terapéuticamente es ya un elemento de dignificación y fortalecimiento de la mujer, de esa manera el accionar se orienta a la activación de los recursos propios de la mujer y se le sitúa en un marco autónomo y proactivo.
- ***Focalización de sí misma***: implica revisión de la historia de la violencia y de la historia personal, elaboración de pérdidas y consideración de la idea del autocuidado. La dinámica de la violencia invisibiliza a quien la recibe y la convierte en objeto, la mujer desaparece de la interacción y también de sí misma, la urgencia de la situación la lleva a focalizarse más en el entorno amenazante que en sí misma. La recuperación de su contacto personal permite restaurar su historia y darle continuidad así como activar su capacidad de hacerse cargo de sí misma.
- ***Evaluación de la sintomatología psíquica y somática***, la cual se encuentra en grados variables en todas las personas sometidas a violencia. Se hace por tanto necesario ponderar el grado de compromiso e interferencia vital de esa sintomatología, para iniciar medidas de manejo puntual. En caso de ser necesario, ello incluye la realización de interconsulta y derivaciones pertinentes.
- ***Generación de alternativas en la relación con los hijos*** en función de la alteración que la violencia conyugal introduce en la capacidad de relacionarse y proteger a los hijos, especialmente si son menores. Se trata de construir y modelar alternativas de relación y manejo de niños que suelen tener alteraciones conductuales y emocionales producto de la violencia circundante. Muchas veces significa evaluar y trabajar con situaciones de maltrato infantil.

- ***Consideración de la importancia del apoyo social y fortalecimiento de redes*** personales, implica también el contacto con instituciones de ayuda en lo laboral, legal, cuidado de los hijos y asistencia social. Se trata de la incorporación en el vínculo individual de aquellos recursos de la red personal y natural de la mujer que podrían constituirse en apoyos instrumentales y/o emocionales y cuyo accionar está muchas veces interferido por la misma situación de violencia.
- ***Generación y reflexión en torno a posibles alternativas de solución*** que pueden ser tan variadas como separación conyugal, manejo de límites en la relación de pareja o cambios de la relación de pareja, y que sean generadas por la mujer, ya sea porque le resultan deseables o porque son las que ella se siente capaz de implementar. Se destaca que las soluciones son individuales y que la labor terapéutica consiste en acoplarse a estas soluciones, respetarlas y promover la evaluación realista de ellas.
- ***Implementación de alternativas de solución y evaluación de ellas***, esto incluye la prescripción de dificultades y “recaídas”. La construcción de las alternativas de solución no pone fin a las necesidades de apoyo terapéutico, se requiere ir evaluando e implementando paso a paso cambios que son dificultosos y trascendentales, así como generar un contexto de protección y tolerancia a las dificultades en su desarrollo.
- ***Consideración y facilitación de alternativas de rehabilitación para el agresor:*** Constituye una de las peticiones frecuentes de las mujeres en procesos de apoyo terapéutico y debe ser incluidas como un factor que puede optimizar la solución de la situación de violencia. Es importante mantener la independencia de la mujer respecto a la alternativa escogida por su pareja, esto quiere decir que ella no puede estar a cargo de la rehabilitación de éste último.

1. Arancibia, M y Laurolith, C (1994). *La violencia conyugal en Chile*. Tesis Escuela de Derecho. Universidad Gabriela Mistral. Santiago.
2. Arias, M (1990). *Cinco formas de violencia contra la mujer*. Colombia: Editorial Nueva Colombia.
3. Arón, A (1992). Un modelo de Salud Mental en Chile. En: Lolas, Florenzano, Gyarmaty y Trejo (Eds). *Ciencias Sociales y Medicina: Perspectiva Latinoamericana*. Santiago: Editorial Universitaria.
4. Arón, A; De la Fuente, N; Llanos, M; Machuca, A (1995). *Violencia Intrafamiliar. Aspectos sociales y jurídicos de la ley de violencia intrafamiliar*. Documento de Trabajo. Programa de capacitación a funcionarios públicos. SERNAM. Santiago.
5. Arón, A (1995). Community program in Chile. *Journal of Feminist Family Therapy*.
6. Arón, A; Undurraga, C; Muñoz, C; Bravo, M; Tagle, M (1998). *Manual de apoyo para la atención de mujeres víctimas de violencia intrfamiliar*. Proyecto de investigación para estudios de género Conicyt N° EG 95036.
7. Carrillo, R (1991). La violencia contra la mujer: obstáculo para el desarrollo. En: Gúzman, V (comp.). *Una nueva lectura: género en el desarrollo*. Lima: Entre Mujeres. Flora Tristán.
8. Chelser, P; Rothblum, E y Cole, E (1995). *Feminist foremotrers in womens studies. Psychology and mental health*. New York: Haworth Press Inc.
9. Corsi, J (comp.) (1994). *Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. B. Aires: Paidós.
10. Dabas, E (1993). *La red de redes. Las prácticas de intervención en redes sociales*. B. Aires: Paidós.
11. Del Martin (1985). *Battered wives*. California: Volcano Press.
12. Ferreira, G (1989). *La mujer maltratada*. B. Aires: Editorial Sudamericana.
13. Gonzalez, L y Nava, C (1992). *Guía para la atención de mujeres víctimas de violencia*. Colima México: Centro da Apoyo a la Mujer (CAM).

14. González, N (1991). *Violencia doméstica al amparo del Derecho. La agresión a la mujer por el cónyuge o conviviente*. Feijóo, M (comp) *Mujer y sociedad en América Latina*. B. Aires: CLACSO.
15. Larraín, S (1994). *Violencia puertas adentro. La mujer golpeada*. Santiago: Editorial Universitaria.
16. León, G (1992). *¿Qué hice yo para merecer esto?. Mitos, culpas y alternativas en las mujeres víctimas de violencia doméstica*. León, G (Ed) *Dónde empieza mi universo. Siete aportes sobre violencia de género*. Quito: CEEIME.
17. Lolas, F (1991). *Sobre la violencia: formas y justificaciones*. *Acta psiquiátrica y psicológica. América Latina*, 38.
18. Machuca, A (1996). *Sistematización de un modelo de intervención con mujeres víctimas de maltrato conyugal*. Informe proyecto de investigación DIPUC. Santiago: P. Universidad Católica.
19. Mazza, D (1996). *Between medicine, psychology and sociology: the health effects of violence against women. Teaching to promote women's health*. *Publications of the International Multidisciplinary Conference Hosted by Women's College at University of Toronto*. Toronto.
20. Organización Panamericana de la Salud. OPS (1993). *La violencia contra la mujer y las niñas: Análisis y propuestas desde la perspectiva de la salud pública*. Washington: OPS:
21. Palacio, M (1993). *Violencia familiar en Manizales*. Colombia: Universidad de Caldas.
22. Ravazzola, C (1997). *Historias infames: los maltratos en las relaciones*. B. Aires: Paidós Terapia Familiar.
23. Rico, N (1996). *Violencia de género: un problema de derechos humanos*. Serie Mujer y Desarrollo. Santiago: Cepal.
24. Strauss, M; Gelles, R y Steinmetz, S (1980). *Behind closed doors: violence in the american family*. New York: Anchor Press.
25. Valdez, R (1992). *Propuesta de intervención terapéutica feminista para mujeres maltratadas*. León, G (Ed) *Dónde empieza mi universo. Siete aportes sobre violencia de género*. Quito: CEEIME.

26. Walker, L (1979). *The battered woman*. New York: Harper and Row.
27. Walker, L (1989). Psychology and violence against women. *American Psychologist*, 44.
28. Walters, M (1994). *Perspectiva de género en terapia*. Conferencia realizada en la P. Universidad Católica de Chile.
29. Weinstein, M (1991). Apuntes sobre violencia cotidiana. *La mujer ausente. Derechos humanos en el mundo*. Santiago: ISIS Internacional.