



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Ciencias Sociales
Carrera de Psicología

Caracterización Teórico Metodológica de las Intervenciones Grupales con Mujeres Víctimas de Violencia en la Pareja

Memoria para optar al Título de Psicólogo

Autora:
Alejandra Cañas Zabala

Profesora Patrocinante:
Irma Palma Manriquez

Santiago – Chile
2007

Agradecimientos

A mis padres que inspiraron esta memoria.

A Irma Palma por su guía, y por su enorme paciencia
para atender mis inquietudes.

A mis amigas y compañeras, quienes han sabido compartir
mis alegrías y tristezas, y me han acogido cuando lo he necesitado.

A mi madre, pilar fundamental de mi vida,
fuerza inspiradora que me ha impulsado a buscar los desafíos,
y crear mi propio camino. Por su gran amor y visión.

A mi padre, Fresia y mis hermanos,
todos quienes han sabido mostrarme mi valor
y me han hecho sentir amada.

A la familia de mi madre, en especial a mis tíos,
quienes en sus particularidades me han
entregado distintos valores para mi vida.
Soy hija de todos ustedes.

Y ante todo, al amor de mi vida, Rodrigo,
compañero inseparable de mil batallas,
espero estar a tú lado en cada nuevo comienzo.
Gracias a ti por ayudarme a ser consciente de mis fortalezas
y a disfrutar la vida en toda su simpleza.

Alejandra

Dijo Paulo Freire:
“nadie se libera solo, los hombres se liberan en comunidad”;
las mujeres también.
(Yagupsky, V., 1992).

INDICE

1.	CAPITULO1: PROBLEMA, OBJETIVOS Y METODOLOGIA.....	7
1.1	INTRODUCCIÓN.....	7
1.2	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	10
1.3	OBJETIVOS.....	12
1.4	METODOLOGÍA.....	12
2.	CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO.....	16
2.1	VIOLENCIA CONTRA LA MUJER EN LA PAREJA.....	16
2.1.1	Conceptualización del fenómeno en estudio.....	16
2.1.2	Vinculación de la violencia contra la mujer y los derechos humanos... ..	21
2.1.3	Perspectivas en torno al origen de la violencia doméstica.....	23
2.1.3.1	Perspectiva de género.....	23
2.1.3.2	Perspectiva transgeneracional.....	26
2.1.3.3	Modelo ecológico.....	27
2.1.4	Creencias de género en la legitimización y perpetuación del problema.....	29
2.1.4.1	Mitos, prejuicios y creencias de género.....	29
2.1.4.2	Legitimización y perpetuación del problema.....	32
2.1.4.3	La revictimización o victimización secundaria.....	33
2.1.5	El ciclo de la violencia y los patrones habituales.....	34
2.1.6	Consecuencias de la violencia.....	37
2.1.6.1	A nivel individual.....	38
2.1.6.2	A nivel social.....	42
2.1.7	Aportes de diversas teorías psicológicas al abordaje de la violencia doméstica.....	43
2.1.8	Prevalencia.....	49
2.2	INTERVENCIÓN EN VIOLENCIA DOMÉSTICA EN CHILE.....	52
2.2.1	Historia.....	52
2.2.2	Políticas públicas.....	53
2.2.3	Leyes.....	55
2.2.4	Intervención.....	57

2.3	PSICOTERAPIA DE GRUPO	60
2.3.1	Antecedentes de la psicoterapia de grupo.....	61
2.3.2	Grupos de encuentro y psicoterapia de grupo	65
2.3.3	Tipología de las actividades grupales.....	67
2.3.4	Diferentes orientaciones teóricas en la psicoterapia de grupo.	71
2.3.4.1	Psicoterapia de grupo humanista	71
2.3.4.2	El modelo analítico.....	74
2.3.4.3	La orientación cognitivo-conductista.....	76
2.3.4.4	El modelo sistémico	77
2.3.4.5	Perspectivas integrales.....	78
2.3.5	Ventajas de la psicoterapia de grupo.....	79
2.3.6	Factores terapéuticos del grupo	80
2.3.7	Práctica en psicoterapia de grupo	84
2.3.7.1	El terapeuta.....	84
2.3.7.2	El grupo.....	87
2.3.7.3	El proceso	90
2.3.7.4	Técnicas.....	92
3.	CAPÍTULO 3: DESARROLLO Y RESULTADOS	93
3.1	EXPERIENCIAS DE INTERVENCIÓN GRUPAL CON MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA SISTEMATIZADAS EN CHILE.	93
3.1.1	Desarrollo de la intervención grupal según sistematizaciones	94
3.2	CARACTERIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INTERVENCIÓN GRUPAL CON MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA, QUE SE REALIZA ACTUALMENTE EN SANTIAGO DE CHILE.....	100
3.2.1	Definiciones institucionales en la práctica en violencia doméstica	100
3.2.1.1	Objetivos del programa de intervención	107
3.2.2	Metodología de la intervención grupal	109
3.2.3	Las(os) facilitadoras(es) grupales.....	113
3.2.4	Teoría de la intervención grupal	116
3.2.4.1	Objetivos de la intervención grupal.....	121
3.2.5	Las intervenciones grupales	126
3.2.6	Generalización por tipo de centro en relación con la intervención grupal	128
3.2.7	Reflexiones y aprendizajes adquiridos a través de la práctica	131

4.	CAPÍTULO 4: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	142
5.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	153
6.	ANEXOS.....	158
6.1	ANEXO N°1: PAUTA DE ENTREVISTA A FACILITADORAS(ES) DE INTERVENCIONES GRUPALES CON MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA.....	158
6.2	ANEXO N°2: REGISTRO DE LAS INSTITUCIONES EN LAS QUE SE REALIZA INTERVENCIÓN GRUPAL CON MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA EN SANTIAGO	159
6.3	ANEXO N°3: REGISTROS Y SISTEMATIZACIONES DE CENTROS DE ATENCIÓN EN VIOLENCIA DOMÉSTICA DONDE HAN REALIZADO INTERVENCIONES GRUPALES.....	160
6.4	ANEXO N°4: FICHAS TÉCNICAS REALIZADAS A PARTIR DE LAS ENTREVISTAS....	173

1. CAPÍTULO 1: Problema, Objetivos y Metodología

1.1 Introducción

En Chile, una vez a la semana muere una mujer víctima de femicidio¹, y en los primeros meses del año ya han muerto trece mujeres a manos de sus parejas (SERNAM, 25 de Marzo, 2007).

Diversos estudios de prevalencia de la violencia conyugal contra las mujeres en el mundo indican que entre un 25% y un 50% de las mujeres, actual o anteriormente, en relación con una pareja masculina, han vivido violencia. En Chile el nivel se sitúa en torno al 50%. El último estudio de prevalencia así lo indica, mostrando además que no se percibe tendencia a la disminución (SERNAM, 2002a).

La violencia contra la mujer en el contexto de las relaciones de pareja con hombres puede ser considerada tanto dentro de la llamada violencia intrafamiliar (VIF), como dentro de la violencia de género. Cada una de estas conceptualizaciones -y sus articulaciones-, tienen sus respectivas consecuencias al momento de abordar el fenómeno.

La *violencia intrafamiliar* en términos generales se puede definir operacionalmente como “todas las forma de abuso que ocurren en las relaciones entre los miembros de una familia. Esto incluye toda conducta que, por acción u omisión, dañe física o psicológicamente a otro miembro de la familia. Estas expresiones de violencia pueden ser el maltrato infantil, la violencia en la pareja (en contra de la mujer, del hombre o cruzada) y el maltrato de ancianos” (Corsi, 1994; citado en Ministerio de Salud (MINSAL), 1998, p.17). El *maltrato contra la mujer*, a partir de la definición anterior, se refiere a cualquier forma de abuso, incluida toda conducta del cónyuge o conviviente, que dañe física o psicológicamente a su pareja. Al interior de la familia se establece una jerarquía en lo roles definida por el poder, y es el hombre generalmente quien en nuestra cultura asume el papel de jefe de hogar, adquiriendo de esta forma un estatus de más alta jerarquía y poder dentro de la familia; por el contrario, las mujeres, niños y ancianos se encuentran bajo este poder (Cáceres; Martínez. & Rivera, 1991). De esta forma, la violencia intrafamiliar tiene dos vertientes: una basada en el género y otra, en la generación, dirigiéndose a la población considerada culturalmente más débil o vulnerable (Corsi, 2003).

¹ El femicidio es el asesinato de mujeres como resultado extremo de la violencia de género que ocurre tanto en el ámbito privado como público. Comprende muertes de mujeres a manos de sus parejas, ex parejas o familiares, mujeres asesinadas por acosadores, agresores sexuales y/o violadores, así como aquellas que trataron de evitar la muerte de otra mujer (PNUD, 2004). La estadística nacional se refiere mayoritariamente a los primeros tipos de casos.

La *Violencia de género* se refiere a “todas las formas mediante las cuales se intenta perpetuar el sistema de jerarquías impuesto por la cultura patriarcal” (Corsi, 2003, p.17), que refleja la asimetría existente en las relaciones de poder entre hombres y mujeres, y que perpetúa la subordinación y desvalorización de lo femenino frente a lo masculino (Rico, 1996). Ejemplos de esta son todos los tipos de discriminación de la mujer, el acoso sexual y todas las formas de maltrato. Lo propio de este tipo de violencia es que el factor de riesgo o vulnerabilidad es el solo hecho de ser mujer.

Por su parte, el concepto de *violencia conyugal* o *violencia doméstica*, referida en este caso específico a la violencia ejercida por el hombre contra su pareja mujer, y definida como “Todo acto u omisión que tiene la intención de controlar y/o someter y que resulta en daño a la integridad física, emocional, sexual o económica, utilizada contra las mujeres adolescentes o adultas por su pareja actual o anterior” (Belén do Pará, 1994, en O.P.S./O.M.S.², 1999, p.4), formula una articulación entre tales perspectivas. El término *violencia doméstica* se refiere a la forma de violencia de género que tiene lugar en el espacio doméstico, el cual no solo se refiere al espacio ocupado físicamente como hogar, sino al delimitado por las interacciones en contextos privados. Es decir, se asocia con una relación de noviazgo, una relación de pareja, con o sin convivencia, o con los vínculos con ex parejas (Corsi, 2004).

La violencia contra la mujer por parte de su pareja masculina, la llamada violencia doméstica, no es un fenómeno nuevo, sin embargo, la forma de elaborarlo socialmente, la relevancia que alcanza en la opinión pública, así como el lugar que adquiere en la política pública, en la investigación social y en la agenda del movimiento de mujeres³, han variado a través del tiempo.

El desarrollo conceptual y político sobre la violencia contra las mujeres en el contexto de sus relaciones de pareja con los hombres, tensiona los sentidos comunes tradicionales y las prácticas cotidianas, toda vez que en la sociedad chilena han prevalecido relaciones de género fuertemente jerarquizadas. Por cierto, hasta hace poco tiempo la violencia doméstica contra la mujer era socialmente aceptada y, por el hecho de que incluye actos que suceden en el seno del hogar y la familia, ha sido considerada privada y, por tanto, fuera del espacio público, ciudadano.⁴

En el ámbito de la investigación, el énfasis se situó en un primer momento en la

² O.P.S.: Organización Panamericana de la Salud; O.M.S.: Organización Mundial de la Salud

³ En Chile desde hace dos décadas, el fenómeno de la violencia contra las mujeres ha sido abordado por los movimientos feministas y de mujeres, lo cual ha permitido colocarlo en la agenda pública.

⁴ A su ubicación en la esfera de la ciudadanía sirvió el hecho que los derechos humanos se extendieran hasta incluir a las mujeres como sujetos de derechos en dominios estimados propios de lo privado. Por ello, en el plano de las violaciones de los derechos de las mujeres, la violencia ha alcanzado gran centralidad.

conceptualización y descripción del fenómeno, y con posterioridad se orientó a descubrir y conocer los determinantes individuales, sociales, culturales y políticos involucrados, como posibles factores protectores y de riesgo a considerarse al momento de realizar prevención⁵. Hasta el momento la investigación ha contribuido insuficientemente en relación con los modos de abordaje del fenómeno en el campo de la intervención.

La intervención se refiere a las diversas acciones realizadas con fines reparatorios o de prevención de la violencia doméstica. Por prevención se entiende al conjunto de medidas anticipadas para evitar ó reducir la posibilidad que ocurra el fenómeno, y por reparación, a todas las acciones dirigidas a controlar los efectos del fenómeno y la superación de sus consecuencias o daños psicosociales.⁶

Actualmente en la sociedad chilena, la acción se encuentra centrada en la prevención, a través de la sensibilización de la sociedad y de las instituciones que se enfrentan a este fenómeno, más que en la reparación⁷.

Dados los altos índices de prevalencia del fenómeno, los cuales indican que la violencia doméstica es una realidad masiva en el país, resulta necesaria una orientación a la reparación de los daños que esta produce en las mujeres y su entorno.

Dentro de la intervención que apunta a la reparación de daños, se encuentran acciones desde diversas disciplinas como son la asistencia social, la jurídica y la psicológica, y dentro de la intervención psicológica se encuentra la psicoterapia, que puede asumir diversas modalidades.

Instituciones especializadas han sostenido que la atención a las mujeres víctimas de violencia doméstica no está suficientemente desarrollada en el país.⁸ Aun cuando insuficiente, diversas instituciones en Chile (en Santiago, existen al menos 53) prestan algún tipo de atención psicoterapéutica a mujeres víctimas de violencia doméstica, tanto dependientes del Estado como de alguna ONG^{9,10}.

Lo anterior es una de las razones para que se considere mayormente la psicoterapia de grupo, como una forma de enfrentar de forma más eficiente la gran

⁵ Ej: Corsi, J. (Compilador), (2003); Ferreira, G. (1989); Larraín, S. (1994).

⁶ A la vez, en salud mental comunitaria se definen tradicionalmente tres niveles de prevención que apuntan a reducir: la incidencia (primaria), la duración (secundaria), y las consecuencias (terciarias). Desde este modelo, la prevención terciaria se asemejaría a la reparación o rehabilitación.

⁷ Actualmente el modelo de intervención del Servicio Nacional de la Mujer, SERNAM, está orientado a la prevención y la primera acogida de las mujeres, con ello se centra en la mujeres en específico más que en la violencia intrafamiliar en general, lo que es un avance, pero también implica reducción de la atención reparatoria en pro de priorizar la prevención (La Morada, 2004).

⁸ Un informe de prensa relata que la demanda de atención de los centros especializados del SERNAM supera entre un 30% y 40% la demanda proyectada, encontrándose listas de espera de 30 días (La morada, 2003).

⁹ Organización No Gubernamental.

¹⁰ Sin embargo, este trabajo no ha sido ampliamente sistematizado, con lo cual las diferentes instituciones no logran hacer un intercambio de conocimientos con el cual pudieran aportarse unos a otros.

demanda existente, al abarcar la atención de mayor cantidad de personas en un mismo tiempo y espacio, maximizando con ello recursos humanos y materiales. Esta forma de trabajo es común en salud mental desde la intervención comunitaria, donde por ejemplo, se trabaja la prevención, el tratamiento o la rehabilitación en talleres, debido a que usa eficientemente los recursos disponibles, por lo cual suele ser utilizada en lugares y con pacientes de bajos recursos económicos, donde mayormente se realizan intervenciones comunitarias.

Más aún, según la referencia de diversas experiencias en trabajo grupal con mujeres que han sufrido este tipo de violencia, estas son de gran importancia¹¹, lo cual es uno de los fundamentos para ser el foco de interés de la presente Memoria de Título.

1.2 Planteamiento del problema de investigación.

En la actualidad, la intervención grupal con mujeres víctimas de violencia doméstica en Chile se está realizando en diversos centros de atención. En Santiago es posible encontrar al menos 40 centros en donde esta se realiza. Sin embargo, no existe una basta información respecto a sus metodologías y fundamentos; de hecho, en las sistematizaciones existentes, principalmente realizadas a partir de seminarios, se hace hincapié en la necesidad de sistematizar el quehacer, para lo cual no existen recursos suficientes, de manera que son pocos los grupos que hacen seguimiento y/o sistematización del trabajo (Seminario-Taller, 2002).

Puede sugerirse que una insuficiente sistematización y cruce de experiencias y conocimientos entre los diferentes centros y programas, implica que deba habitualmente aprenderse a través de “ensayo y error”, con diversas consecuencias para las participantes y el consecuente desgaste de los equipos, provocando una lentificación en el proceso de generación de metodologías eficaces. Además, como dichas experiencias no suelen ser presentadas desde un marco teórico específico, lo cual es comprensible dada la complejidad del fenómeno y su intervención, estas se han alimentado desde su praxis, más que desde la teoría. Sin embargo, los terapeutas y los seres humanos en general, habitualmente nos situamos desde ciertos supuestos, los que se han de tener en consideración, a la par de la forma particular de abordaje de cada profesional.

¹¹ “Hasta el momento, los grupos de autoayuda son el mejor camino para ayudar a las mujeres maltratadas y conocer una problemática silenciada” (Lucrecia Oller, en SERNAM, 1994 p.209). Son considerados un espacio, que brinda apoyo psicológico y emocional, y en el cual se comparten experiencias de solidaridad y amistad, lo cual es tan necesario para estas mujeres que por tanto tiempo han vivido en aislamiento (Rioseco, L.; Rojas, L.; Santa Cruz, X.; Yañez, S., en SERNAM, 1994).

Lo anterior ha de ser situado, no obstante, desde la perspectiva de que, en la búsqueda de conocer el fenómeno de la violencia doméstica, se ha llegado a la conclusión que tanto las orientaciones teóricas previas como las nuevas, aportan tan solo visiones parciales del fenómeno y no son suficientes para su integral comprensión y abordaje. Se han tenido que generar explicaciones propias y propias formas de intervención, incluso para la intervención grupal, por lo mismo, la presente investigación tiene una perspectiva integradora.

Uno de los diseños de intervención orientado a la reparación de las mujeres que sufren violencia por parte de una pareja masculina ha sido la intervención en modalidad grupal. Existe evidencia acerca que se realiza en nuestro país. Algunos centros han producido antecedentes reducidos en las, a su vez, limitadas sistematizaciones. Ello no aporta información suficiente para saber cómo son las intervenciones grupales con mujeres víctimas de violencia doméstica que se desarrollan en Chile. ¿En que estado se encuentra la intervención grupal con mujeres víctimas de violencia doméstica que se realiza en la sociedad chilena? La presente Memoria de Título busca intentar responder a esta pregunta, sin embargo, exploratoriamente, mediante un análisis de las experiencias institucionales en modalidad grupal desarrolladas en la zona geográfica de la Región Metropolitana. Por una parte, intentará caracterizar las diversas modalidades de intervenciones grupal con mujeres víctimas de violencia doméstica en relación con su, composición, tamaño, duración, frecuencia, uso de co-terapeutas, modalidad de apertura, requisitos, encuadre y técnicas; y por otra, explorar sus perspectivas y supuestos teóricos, su visión del fenómeno y del daño, sus objetivos, beneficios, formas de sistematización y evaluación.

Con esto se busca contribuir al análisis en torno a la calidad de la oferta disponible en Chile, en el área de reparación en salud mental, a través de las intervenciones grupales y la psicoterapia de grupo con mujeres víctimas de violencia doméstica. Siendo un aporte tanto a la teoría como a la práctica de la intervención grupal con mujeres víctimas de violencia doméstica.

La máxima relevancia de este trabajo, pudiera estar en que sea un aporte a la realización eficaz, para quienes trabajan o pretenden trabajar con terapia de grupo con mujeres víctimas de violencia doméstica en Chile e incluso que pudiera ser útil a la hora de considerar las políticas públicas en torno a la reparación de la violencia doméstica.

Además, esta investigación se hace necesaria como base para futuras investigaciones en el tema, que no serían posibles sin la información que esta aporte.

1.3 Objetivos

Objetivo General

- Caracterizar en sus concepciones teóricas y en sus concepciones metodológicas y técnicas la práctica de la intervención grupal que se realiza con mujeres víctimas de violencia doméstica, en la Región Metropolitana, Chile.

Objetivos Específicos

- Describir la metodología de intervención grupal con mujeres víctimas de violencia doméstica considerada por las instituciones investigadas.
- Caracterizar los marcos teóricos con que operan las instituciones y los profesionales en relación a la intervención grupal con mujeres víctimas de violencia doméstica.
- Caracterizar los objetivos de las intervenciones grupales con mujeres víctimas de violencia doméstica.

1.4 Metodología

Tipo de investigación y técnica

Este estudio utiliza un enfoque metodológico cualitativo, y constituye una investigación de tipo exploratoria-descriptiva. La técnica de recolección de datos es la entrevista semiestructurada (Véase Anexo N°1).

La investigación exploratoria busca encontrar fenómenos asociados a algún evento, las variables no se definen previamente sino son emergentes. La investigación descriptiva busca asignar el peso a cada una de las variables descubiertas, cual tiene mayor importancia (Hernández, 1991). La investigación exploratoria se justifica debido a que no existen otros estudios que entreguen el tipo de información requerida.

Las entrevistas semiestructuradas se caracterizan por traer a la situación de entrevista preguntas más o menos abiertas en forma de guía de entrevista. Se espera que el entrevistado responda a ellas libremente. El entrevistador puede y debe decidir durante la entrevista cuándo y en qué secuencia hacer qué preguntas, si dejar fuera

alguna ya respondida, cuándo indagar con mayor detalle y apoyar al entrevistado para adentrarse profundamente en el campo, o cuando volver a la guía de entrevista en el momento en que el entrevistado se desvía del tema (Flick, 2004).

El uso de la entrevista se justifica debido a que, como fue mencionado, la información que el análisis propuesto requiere no se encuentra formalizada en textos, informes o sistematizaciones institucionales, por lo tanto, debe ser recopilada de forma directa con los profesionales o instituciones que trabajan con la temática, además estos profesionales se encuentran trabajando geográficamente dispersos en Santiago y cuentan con poco tiempo, por lo que se debe entrevistar a cada cual en su lugar de trabajo.

Muestra

El estudio considera una muestra representativa de lugares de atención a mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja en Santiago, actualmente en ejercicio que trabajan en la red pública (centros especializados, centros de atención primaria, COSAM y ONG.), realizando intervención grupal. El registro de las instituciones en la que se realiza intervención grupal con mujeres víctimas de violencia doméstica se encuentra en el anexo N° 2.

Considera a facilitadores(as) que realicen intervenciones en modalidad grupal con mujeres víctimas de violencia doméstica pertenecientes a programas y centros que realizan intervención sistemática en este campo. Cumplen la función de facilitadores(as) profesionales –psicólogos o no- que conducen actividades en formato grupal.

Se realizaron 20 entrevistas a facilitadores grupales de diferentes tipos de centros, 4 consultorios de atención primaria de salud (APS), 7 COSAM, 4 centros dependientes del SERNAM, 3 centros dependientes de programas municipales y 2 centros dependientes de ONG. Debido a que en varios de ellos se realizaba más de un tipo de grupo se obtuvo información de 26 grupos o intervenciones grupales que se realizaban con mujeres víctimas de violencia doméstica. Un registro de los centros en los cuales se realizaron las entrevistas se encuentra en la Tabla N°1.

Tabla N°1: Registro de los centros en donde se realizaron entrevistas a facilitadores(as) de grupo

Comuna	Zona	Tipo centro	Profesional Entrevistado
Renca	Norte	APS ¹² 1	Psicóloga y Asistente Social
Puente Alto	Sur Oriente	APS 2	Asistente Social
Puente Alto	Sur Oriente	APS 3	Psicóloga
Pudahuel	Occidente	APS 4	Asistente Social
Quilicura	Norte	COS ¹³ 1	Asistente Social
Independencia	Norte	COS 2	Psicóloga
P.A.C.	Sur	COS 3	Asistente Social (Equipo)
Lo Prado	Occidente	COS 4	Psicólogo
Quinta Normal	Occidente	COS 5	Asistente Social
Peñalolen	Oriente	COS 6	Psicóloga
Peñaflor	fuera Gran Santiago	COS 7	Asistente Social
San Joaquín	Sur	SER ¹⁴ 1	Psicóloga
Maipú	Poniente	SER 2	Monitora (Tec. Jurídico)
Peñalolen	Oriente	SER 3	Psicóloga
Melipilla	fuera Gran Santiago	SER 4	Psicóloga
San Ramón	Sur	Mun ¹⁵ 1	Psicóloga
Santiago	Centro	Mun 2	Psicóloga
Pudahuel	Occidente	Mun 3	Psicóloga
San Ramón	Sur	ONG ¹⁶ 1	Monitora
Est. Central	Centro	ONG 2	Psicóloga

Análisis del material de investigación

Como base para el análisis se usan algunos conceptos de la codificación teórica (Glaser y Strauss,1967; Glaser, 1978; Strauss, 1978; Strauss y Corbin, 1990), en esta, en el proceso de interpretación, se pueden diferenciar distintos “procedimientos” para enfrentarse al texto, la “codificación abierta”, la “codificación axial” y la “codificación selectiva”.

En este estudio se contempla como procedimiento de análisis una aproximación de la codificación temática, la cual se ha desarrollado a partir de los principios básicos de Strauss (1987). En esta la recogida de datos se realiza con un

¹² Consultorio de atención primaria en salud

¹³ COSAM, centros comunitario de salud mental

¹⁴ Centro de atención dependiente del SERNAM

¹⁵ Programa de atención dependiente de un municipio

¹⁶ organización dependiente de una ONG

método que trata de garantizar la comparabilidad definiendo temas y al mismo tiempo manteniendo la apertura a las visiones relacionadas con ellos, lo cual se posibilita con la entrevista semiestructurada propuesta (Flick, 2004).

En la interpretación del material, la codificación temática se aplica como un procedimiento de pasos múltiples. El primer paso estudia los casos implicados, que se interpretan en una serie de estudios de caso. En estos se realiza una descripción de cada caso, que se comprueba de nuevo continuamente y se modifica si es necesario durante la interpretación posterior. Incluye los temas centrales mencionados por el entrevistador sobre el problema de investigación. Este perfil de caso forma parte de los resultados, quizá de una manera revisada (Flick, 2004). En el presente estudio se realizó este análisis temático con cada una de las entrevistas, representativas cada cual de un centro de atención. Luego este análisis se revisó, comparándolos, estableciendo categorías de análisis para todos los centros. A partir de estas se elaboraron las fichas técnicas de cada centro (Anexo N°4).

En el análisis, se desarrolla un sistema de categorías para el caso individual, en la elaboración de estas se aplica la codificación abierta y luego la selectiva, esta última, en este tipo de codificación, procura más generar dominios temáticos y categorías para el caso individual y luego comprobarlos de manera cruzada, aumentando la comparabilidad (Flick, 2004). En este estudio las fichas técnicas contienen la codificación selectiva, y estos datos (algunos al colocarse en tablas) permitieron hacer comparaciones y análisis, en especial en relación a los diferentes tipos de centros.

2. CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1 Violencia contra la mujer en la pareja

2.1.1 Conceptualización del fenómeno en estudio

La violencia contra la mujer puede ser considerada tanto dentro de la llamada violencia intrafamiliar (VIF), como dentro de la violencia de género; cada una de estas categorías tiene sus respectivas consecuencias al momento de abordar el fenómeno.

La *violencia intrafamiliar* en términos generales se puede definir operacionalmente como “todas las forma de abuso que ocurren en las relaciones entre los miembros de una familia. Esto incluye toda conducta que, por acción u omisión, dañe física o psicológicamente a otro miembro de la familia. Estas expresiones de violencia pueden ser el maltrato infantil, la violencia en la pareja (en contra de la mujer, del hombre o cruzada) y el maltrato de ancianos” (Corsi, 1994 citado en Ministerio de Salud (MINSAL), 1998, p.17).

El *maltrato contra la mujer*, a partir de la definición anterior, se refiere a cualquier forma de abuso, incluida toda conducta del cónyuge o conviviente, que dañe física o psicológicamente a su pareja.

Al interior de la familia se establece una jerarquía en lo roles definida por el poder, y es el hombre generalmente quien en nuestra cultura asume el papel de jefe de hogar, adquiriendo de esta forma un estatus de más alta jerarquía y poder dentro de la familia; por el contrario, las mujeres, niños y ancianos se encuentran bajo este poder (Cáceres; Martínez. & Rivera, 1991).

De esta forma, la violencia intrafamiliar tiene dos vertientes: una basada en el género y otra, en la generación, dirigiéndose a la población considerada culturalmente más débil o vulnerable (Corsi, 2003).

Violencia de género se refiere a “todas las formas mediante las cuales se intenta perpetuar el sistema de jerarquías impuesto por la cultura patriarcal” (Corsi, 2003, p.17), que refleja la asimetría existente en las relaciones de poder entre varones y mujeres, y que perpetúa la subordinación y desvalorización de lo femenino frente a lo masculino (Rico, 1996). Ejemplos de esta son todos los tipos de discriminación de la mujer, el acoso sexual y todas las formas de maltrato. Lo propio de este tipo de violencia es que el factor de riesgo o vulnerabilidad es el solo hecho de ser mujer.

Por su parte, la Organización Panamericana de Salud O.P.S. (Beijing, 1995, en O.P.S./ O.M.S., 1999), establece como *violencia contra la mujer* o *violencia de género*:

Todo acto de violencia basado en el género, que tiene como resultado posible un daño físico, sexual o psicológico (incluyendo amenazas, coerción o la privación de libertad), ya sea que ocurra en la vida pública o privada. Por consiguiente, la violencia contra la mujer adquiere diferentes formas: violencia física, sexual y psicológica (golpes, abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el cónyuge, la mutilación genital) y otras prácticas tradicionales que atentan contra la mujer; la violencia ejercida por personas distintas del marido, violencia relacionada con la explotación: violencia física, sexual y psicológica en el ámbito de la comunidad en general, incluidas las violaciones, los abusos sexuales, el hostigamiento, la intimidación sexual en el trabajo, en las instituciones educativas y en otros ambientes, la trata de mujeres y la prostitución forzada; la violencia física, sexual y psicológica perpetuada o tolerada por el Estado, donde quiera que ocurra. (p. 4)

Asimismo, se define la *violencia conyugal* o *violencia doméstica*, referida en este caso específico a la violencia ejercida por el hombre contra su pareja mujer, como “Todo acto u omisión que tiene la intención de controlar y/o someter y que resulta en daño a la integridad física, emocional, sexual o económica, utilizada contra las mujeres adolescentes o adultas por su pareja actual o anterior” (Belén do Pará, 1994, en O.P.S./ O.M.S., 1999, p.4).

De modo que, se considera desde esta postura, que es la de la mayoría de las organizaciones de mujeres, incluido un grupo de la O.N.U. de expertos en el tema que toda agresión contra la mujer tiene alguna característica de violencia de género, lo cual se basa en la desigualdad en la distribución de poder y en las relaciones asimétricas entre hombres y mujeres en la sociedad, la desvalorización de lo femenino y la subordinación a lo masculino. De esta forma, se considera un factor de riesgo de ser violentada el solo hecho de ser mujer (Rico, 1996).

El término *violencia doméstica* se refiere a la forma de violencia de género que tiene lugar en el espacio doméstico, el cual no solo se refiere al espacio ocupado físicamente como hogar, sino al delimitado por las interacciones en contextos privados. Es decir, se asocia con una relación de noviazgo, una relación de pareja, con o sin convivencia, o con los vínculos con ex parejas (Corsi, 2004).

Se pueden considerar cuatro formas de la *violencia conyugal* o *doméstica*, que desde menor a mayor porcentaje de ocurrencia son, maltrato desde la esposa al marido, agresión mutua, interacciones violentas (sin llegar a la agresión), y maltrato del marido a su cónyuge. Esta última se presenta en un porcentaje aproximado del 76% del total de violencia conyugal (Ferreira, 1989).

Dentro de la violencia intrafamiliar y la violencia de género, se considera principalmente la violencia que es ejercida por el hombre contra su pareja, lo cual se

relaciona con que es el tipo de violencia estadísticamente más frecuente en todas partes del mundo. Este tipo de violencia es traída por el hombre, en relación con el tipo de educación recibida, las circunstancias familiares y las creencias y mensajes sociales que asimiló en cuanto a qué es la masculinidad (Ferreira, 1989).

Como es posible distinguir, las diferentes concepciones en relación a la violencia hacia la mujer por su pareja se entrecruzan, sin embargo, el uso de una u otra puede tener consecuencias al momento de explicar o tratar el fenómeno, de esta manera al considerarlo como parte de la violencia intrafamiliar muchas veces se le atribuyen causas relacionadas con situaciones desfavorables que gatillarían agresividad en la familia, como son, la falta de empleo, el consumo de alcohol y/o drogas y, en general, a situaciones que provocan frustración por falta de oportunidades. Estos más que factores causales son factores “facilitadores”.

Además, esta visión más bien representa a cierto sector de la sociedad socioeconómicamente más desfavorecido, pero las estadísticas muestran que la violencia contra la mujer ejercida por su pareja es una realidad que se da en todo nivel social: “se ha constatado que son de diversa procedencia social las mujeres que acuden a los diferentes espacios de apoyo a la mujer maltratada” (Santelices, 1991). Es decir, el tener profesión, trabajo, o en general, el tener más oportunidades, puede disminuir el porcentaje pero no eliminar la existencia de este tipo de violencia.

Por lo anterior, se considera necesario abarcar este fenómeno desde la concepción de violencia de género, que considera las desigualdades entre hombre y mujer en la sociedad como un importante factor causal y al que hay que apuntar al momento de prevenir y también de intervenir.

La violencia contra la mujer se puede manifestar de diferentes formas. Para su comprensión, suelen distinguirse en cuatro, en el entendido que estas no suelen darse en forma aislada, sino que forman parte de una dinámica relacional. Estas son (DOMOS, 2002; MINSAL, 1998):

- **Violencia física:** “Ocurre cuando una persona que está en una relación de poder con respecto a otra, le inflige o intenta infligir daño no accidental, por medio del uso de la fuerza física o algún tipo de arma, que pueda o no provocar lesiones externas, internas o ambas, o lesiones en la autoestima” (DOMOS, 2002, p.28). Comprende desde el pellizco hasta golpes con objetos, incluyendo armas blancas o de fuego, pudiendo llegar a resultados fatales como el suicidio u homicidio.
- **Violencia psicológica:** “Toda acción u omisión que inflige o intenta infligir daño a la autoestima, la identidad o el desarrollo de la persona” (DOMOS, 2002, p. 28).

Comprende una serie de conductas y manifestaciones verbales que van desde los insultos, gritos, ridiculizaciones, degradación, amenazas, explotación, negligencia, humillación, el no reconocer aciertos, descalificaciones en público, chantajes de tipo económico o emocional, y también actitudes y comportamientos que implican el control de lo que dice o hace la otra persona, como por ejemplo la prohibición de trabajar fuera del hogar o el aislamiento de amigos y familiares.

- **Violencia sexual:** “Todo acto en que una persona en relación de poder y por medio de la fuerza física, coerción o intimidación psicológica, obliga a otra a que ejecute un acto sexual contra su voluntad, o que participe en interacciones sexuales que propician su victimización y de la que el ofensor intenta obtener gratificación” (DOMOS, 2002, p.28). Comprende todos los actos en el ámbito sexual realizados en contra de la voluntad de la mujer. Por sus devastadores efectos en la salud física y psicológica de la mujer, es una manifestación de violencia de pareja que requiere de una aproximación específica.
- **Violencia económica:** “Son todas las medidas tomadas por el agresor u omisiones que afectan la sobrevivencia de la mujer y de sus hijas/os o, el despojo o destrucción de sus bienes personales o de la sociedad conyugal” (DOMOS, 2002, p.28). Comprende situaciones como pérdida de la vivienda, los enseres y equipamiento doméstico, la tierra, otros bienes muebles o inmuebles, así como los efectos personales de la afectada o de sus hijas/os. También incluye la negación del pago de cuotas alimenticias por los hijos o gastos básicos para la sobrevivencia del núcleo familiar.

Estas formas muchas veces se entrelazan y combinan, siendo común que si existe violencia física exista también violencia sexual, a la vez que la violencia física siempre implica violencia psicológica o emocional (Minsal, 1993; Ferreira, 1989; Rico, 1996). Por lo tanto, la división de la violencia en diferentes formas es más bien artificial, ya que el fenómeno es único e indivisible (Rico, 1996). Esto resulta aún más relevante si consideramos que por mucho tiempo solo se consideró como daño lo que tuviera inscripción corporal, permaneciendo invisibles las formas de daño no perceptibles sensorialmente. Así, a nivel de terminología, se refería al maltrato físico de forma exclusiva¹⁷ (Corsi, 2004). En cambio hoy se toma en consideración la violencia psicológica, la que tiene aún más preponderancia si consideramos que esta

¹⁷ Ej: Leonore Walter el “Síndrome de la mujer golpeada” en la década de 1970

deteriora psíquicamente a la mujer de forma más permanente que los propios golpes.

Además, cada forma o tipo de violencia descrito puede ser considerado según sus manifestaciones concretas, en magnitud y frecuencia, como leve, moderada o grave, para lo cual existen algunos instrumentos diagnósticos que van puntuando las diversas acciones y su frecuencia, para obtener una categorización, y que tienen por finalidad poder orientar de mejor forma las intervenciones que se realizan en cada lugar.

El concepto de violencia doméstica, como parte de la violencia de género, surge en un contexto ideológico en el cual la mujer tiene un espacio asignado históricamente, el espacio doméstico, el cual se ha constituido como instrumento eficaz de dominación patriarcal, es decir, surge desde la intención de relevar una mirada crítica de género (La Morada, 1994).

En cambio, el concepto de violencia intrafamiliar surge situado en “la familia”, como una problemática relacional indiferenciada (padres, hijos, esposos, esposas). Es claro que en la estructura familiar se reproducen sistemas jerárquicos y de roles, en la cual la discriminación de género surge (La Morada, 1994).

Se considera relevante considerar la perspectiva de género, y el concepto de violencia de género, en el tratamiento de este tipo de violencia, ya que con ello se incluye una visión amplia de la problemática, que trasciende el ámbito familiar. Por lo mismo, se considera necesaria la inclusión del modelo ecológico.

Además, esta es una decisión ideológica que pone de relieve a la mujer por sobre la familia, dado que esta última ha sido usada históricamente en la mantención de la violencia si se piensa en consignas tales como “salvar la familia como base de nuestra sociedad”, enfrentándose a “no más violencia contra la mujer” (La Morada, 1994).

Considerando todo lo anterior, en la presente memoria para aludir a la mujer violentada por su pareja, como una forma de violencia de género, nos referiremos a la mujer víctima¹⁸ de violencia doméstica. Es decir, hablaremos de *violencia doméstica*, para referirnos a la mujer como víctima y al hombre como quien comete la agresión en el ambiente doméstico, en su sentido amplio.

¹⁸ Se usa la denominación víctima utilizada en el sistema legislativo considerando la concepción expuesta por las Naciones Unidas en el 7^a congreso sobre prevención del delito y tratamiento del delincuente, como “personas que, individual o colectivamente, hayan sufrido daños inclusive lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdida financiera o menoscabo sustancial de sus derechos fundamentales como consecuencia de acciones u omisiones que violen la legislación penal vigente en los Estados Miembros, incluida la que proscribe el abuso de poder” (Ferreira, 1989. p. 32). Esta concepción no relaciona víctima con sujeto pasivo si no solamente se refiere a quien sufre el daño, aquello será de relevancia para la intervención al considerar a la mujer con posibilidad de ser activa y empoderarse.

2.1.2 Vinculación de la violencia contra la mujer y los derechos humanos

El desarrollo en el mundo de los derechos humanos no contempló sino hasta hace pocas décadas a las mujeres como sujetos de derecho y a la esfera privada como ámbito de vulneración de derechos. Por cierto, en las primeras declaraciones relativas a derechos humanos no se tenía incluida a la mujer -a quien no se la consideraba como ciudadana, sino tan sólo como reproductora social y doméstica-, y en las más recientes, a partir de la mitad del siglo XX, se la considera, progresivamente, como sujeto de derechos y su vida privada como ámbito también de derechos.¹⁹

Si bien en la concepción de los derechos humanos, el tema de la igualdad de derechos fue un logro, hoy se da un paso más en el cuestionamiento del androcentrismo y la homogenización (universalidad) de los seres humanos sobre los cuales se sustenta, reconociendo la necesidad de dar cuenta de la especificidad de los individuos (como género, etnia, edad, etc.), buscando una universalización que respete las diferencias (Rico, 1996). Esto, entendiendo que pese a que las violaciones de los derechos humanos afectan tanto a hombres como mujeres, su impacto y su carácter varían de acuerdo con el sexo de la víctima. La igualdad no da cuenta de las desventajas, lo cual puede entrapar a la mujer entre la igualdad que la asimila al varón y la diferencia que las discrimina. Es por ello que la violencia doméstica contra la mujer ha de implicar el concepto de género como parte de la violencia contra las mujeres, como una de las experiencias de violencia de la que es objeto por ser tal y que le afecta de una forma particular.

Según el grupo de expertos las Naciones Unidas²⁰ (1993^a, citado en Rico, 1996), sobre violencia contra la mujer, toda persona puede ser víctima de actos de violencia, pero el sexo es uno de los factores que aumentan significativamente su vulnerabilidad. Algunos de los elementos que permiten afirmar que existe violencia de género son los siguientes:

- a) La mayoría de los agresores son hombres, independientemente de que la víctima

¹⁹ Se pueden encontrar, a través de la historia, algunas situaciones que son prueba de ello, así por ejemplo, en la Revolución Francesa hubo un intento de mujeres por reivindicar la igualdad de derechos en el ámbito de la ciudadanía política y esta fue desestimada con la guillotina (Olimpia de Gouges y Hubertine Auclert), o cuando Eleonor Roosevelt, ejerció presión para que se cambiara Declaración de los Derechos del Hombre por Declaración Universal de Derechos Humanos, o el referirse a que, ya iniciado el proceso de consagración de derechos humanos a nivel internacional en la década de los 60 y 70, se continuaba con la coexistencia de legislaciones nacionales que en el ámbito de la familia violaban los derechos civiles de las mujeres (La Morada, nov. 2004).

²⁰Naciones Unidas (1993a), *Expert Group Meeting on Measures to Eradicate Violence Against Women. Report MAV/1993/1*, Nueva York, División para el Adelanto de la Mujer, Departamento de Coordinación de Política y Desarrollo Sostenible (Rico, 1996)

sea varón o mujer;

- b) La violencia afecta de distinta manera a los varones y las mujeres, debido a que los daños que sufren suelen estar determinados por su sexo;
- c) Los agresores suelen estar motivados por consideraciones de género, como la necesidad de fortalecer el poder y los privilegios masculinos (p. 39)

La violación de los derechos de las mujeres y la violencia de género no son problemas nuevos; suponen conductas que hasta hace muy poco tiempo eran socialmente aceptadas y que, por estar circunscritas en general al ámbito de la vida privada, eran muy poco conocidas²¹.

En las últimas décadas se ha ido reconociendo cada vez más en el ámbito internacional que la violencia de género es un grave problema, no sólo para las mujeres sino también para el logro de la igualdad, el desarrollo y la paz (Naciones Unidas, 1986^a citado en Rico, 1996).

En 1979, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó y promulgó la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, que llamamos CEDAW. La comisión se abocó al estudio de la violencia contra las mujeres en diversos países donde se sabía que ocurría más frecuentemente, en sus diversas formas (Quijada y Riffo, 2002; Rico, 1996).

En 1982, la comisión consiguió que la ONU pidiera oficialmente a los Estados miembros, informes sobre la situación de la violencia contra las mujeres en cada uno de ellos. Se esperó largamente (al menos 2 años), y los informes no llegaron. Posteriormente la comisión obtuvo recursos para contratar a grupos investigadores en cada país. Los resultados provocaron gran impacto, pero también mucha resistencia, con lo cual solo en diciembre de 1993 se promulgó la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia en contra de la Mujer (Reyes citado en Quijada y Riffo, 2002).

En 1989, la Convención (CEDAW) fue ratificada por Chile, lo cual no se tradujo en la adaptación en la legislación en todos los campos, ni en que se implementaran políticas y adoptaran acciones positivas para eliminar la discriminación de hecho, ni que se cumpliera con la obligación de informar al Comité para la Eliminación de la Discriminación en Contra de la Mujer (CEDAW citado en Rico, 1996).

²¹ “estudios de carácter histórico realizados en algunos países revelan que la violencia física o "sevicia" de los hombres contra sus esposas ya era un hecho conocido en los siglos XVIII y XIX y que la violencia se consideraba una "corrección punitiva" aceptable en el caso de las mujeres que no cumplían con los mandatos sociales” (Cavieres y Salinas, 1991, en Rico, 1996. p. 8).

2.1.3 Perspectivas en torno al origen de la violencia doméstica

Resulta necesario considerar que ninguna perspectiva es útil por sí sola para comprender en su complejidad el surgimiento o la mantención de la violencia doméstica, por lo cual es necesario tener siempre presente las diferentes perspectivas, las que serán abordadas en este y los próximos acápite.

2.1.3.1 *Perspectiva de género*

Con el fin de adentrarse en esta perspectiva, lo primero será aclarar el concepto de género. Este nace con el fin de “abordar la complejidad de ser mujer y ser hombre en un mundo en que estas identidades están cargadas de sentido y mistificación” (La Morada, 1994, p.89), y este hecho define, las oportunidades, los papeles, las responsabilidades y las relaciones de una persona (Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), 2004).

“El género es una construcción cultural, social e histórica, que sobre la base biológica del sexo, determina normativamente lo femenino y lo masculino en la sociedad, y las identidades subjetivas y colectivas. El género también condiciona la valoración social asimétrica para hombres y mujeres, y la relación de poder que entre ellos se establece” (CEPAL, 1993, citado en SERNAM, 2004, p.32).

Lo relevante de este concepto es que es un concepto cultural que alude a la asignación de tareas, roles y significados de lo masculino y lo femenino, del ser hombre y del ser mujer, en una determinada sociedad y que en la medida que esos roles se rigidizan, definen lo que es o no apropiado para un género, en cuanto a actitudes, conductas o sentimientos, generando estereotipos (SERNAM, 2002b).

Esta perspectiva se fue instalando en el mundo social, cultural y político en primera instancia a través de las teorías feministas, las que fueron construyendo un nuevo discurso acerca del género y de las relaciones entre los géneros. Aquella construcción conllevó inevitablemente la reflexión en torno al poder y su desigual distribución entre los sexos (La Morada, 1994).

A partir de lo anterior surge la noción de que tanto “lo femenino” como “lo masculino” constituyen construcciones sociales e históricas, que no están en directa relación con la diferencia corporal, es decir, que se puede decir que “no se nace mujer, se hace” (Beavoir, citado en La Morada, 1994). A la vez, estas construcciones poseen diferentes valoraciones en nuestra sociedad patriarcal, siendo más valorado y mejor posicionado socialmente, en una posición de dominio, el ser hombre que el ser mujer. Por lo tanto, esta construcción se convierte en desigualdad respecto al ejercicio del

poder (La Morada, 1994; SERNAM, 2002b).

Todo lo anterior se vincula con lo que se ha denominado “roles sexuales” o de “género”, que son las creencias sociales y familiares (principalmente en la pareja), en relación con el significado de ser hombre y mujer en una sociedad dada y en un período determinado. Los estereotipos en los roles de género “resultan de considerar que ciertas actitudes, conductas y sentimientos son apropiados para uno de los sexos y no para otro” (SERNAM 2002b, p.105), y, como ya se ha dicho, se han organizado de manera de poner al hombre en una posición dominante y a la mujer, en una subordinada, imposibilitando la igualdad (SERNAM, 2002b).

De esta forma, los estereotipos clásicos definen a la mujer como sostenedora en lo emocional, de lo afectivo, de lo doméstico, de lo “irracional”, dependientes y pasivas, en cambio, los hombres se definen como sostenedores económicos de la familia, racionales, poseedores de la iniciativa sexual, capacitados para tomar las grandes decisiones, los “exitosos”, los dominantes (Daskal y Ravazzola, 1991, citado en SERNAM; 2002b).

Además, esta construcción de género ha estructurado históricamente la división de las esferas de actividad, siendo la esfera pública asignada al hombre y la esfera privada a la mujer, relacionada la pública con un rol productivo y lugar de ejercicio de poder y la privada con un rol reproductivo y de aislamiento (La Morada, 1994).

Existía una justificación funcional de la división sexual del trabajo, como eje organizador de las relaciones internas de la familia (Parsons y Bales, 1955, citado en Burin, 1998). Se describían los roles de esposo-padre como “líder instrumental” y esposa-madre como “líder expresiva” de forma funcional y complementaria, sin preguntarse sobre lo opresivo de este lugar para las mujeres por la menor gratificación recibida por su labor (Burin, 1998).

En la década de los sesenta se comenzó a considerar esta perspectiva en la psicología, con estudios, por ejemplo, en relación con la mayor cantidad de trastornos de salud mental en las mujeres que en los hombres, relacionado con que ellos al verse frustrados en un ámbito podían recurrir al otro como medio de gratificación, en cambio las mujeres al tener un solo espacio de satisfacción, el doméstico, y sentirse frustradas en él, no tenían alternativa (Gove y Tudor, 1979, citado en Burin, 1998).

Asimismo, se consideró en la terapias familiares feministas, donde se cuestionó, el que rasgos como la autonomía o la dependencia fueran inherentes a hombres o a mujeres, considerándose más bien derivados de la estructura familiar patriarcal (Burin, 1998).

Estas terapias, según Burin (1998), propusieron ciertos lineamientos de base,

como son:

- El reconocimiento de que la posición de neutralidad del terapeuta es algo deseable pero imposible de mantener. Por ello es importante que el terapeuta reconozca en sí mismo cómo la pertenencia de género y el posicionamiento determinan su percepción.
- La percepción de que las mujeres tienen limitaciones reales de acceso a los recursos sociales y económicos.
- La disposición a usar una ética de género que no “culpabilice a la víctima”, ofreciendo interpretaciones parciales de los vínculos familiares abusivos, es decir, considerar que es necesario ampliar el rango de interpretaciones, incluyendo la perspectiva de género.
- El reconocimiento de que los valores patriarcales que afirman la perspectiva masculina y desvalorizan la experiencia femenina deben ser deconstruidos críticamente. Conceptos como fusionalidad, apego excesivo, individuación, diferenciación y límites, posicionan la autonomía como bien supremo en detrimento de la conexión emocional, con ello se tiende a percibir las modalidades femeninas como fracasadas y al hombre más valorizado por su autonomía.

Asimismo, la violencia contra la mujer forma parte de estas concepciones de mundo, en donde se legitima el dominio que ejerce el hombre sobre la mujer, sumado a estar insertos en un sistema en que la violencia como forma de relación y resolución de conflictos es habitual (La Morada, 1994).

Así, se utiliza la violencia como medio de control para la mantención de esta forma de dominio y discriminación. “La discriminación es violencia y la violencia es el medio más coercitivo para mantener la discriminación” (La Morada, 1994, p.92). La violencia doméstica es, por lo tanto, un problema social, sustentado en la desigualdad de poder. Se socializa a hombres y mujeres en roles estereotipados, rígidos y opuestos; se aprende que el hombre es activo, agresivo, autónomo, independiente y la mujer es sumisa, pasiva y dependiente, lo que implica a las mujeres como víctimas y los hombres como victimarios, como roles complementarios (La Morada, 1994).

Cualquier intervención en violencia doméstica tendría que incluir la superación de las polaridades rígidas que conforman las relaciones entre hombres y mujeres (La Morada, 1994).

En general, esta perspectiva permite darse cuenta de cómo el macrosistema de creencias y valores culturales existentes en los estereotipos de género validan la violencia doméstica, y de cómo afrontar la intervención considerando lo particular de

cada género en cuanto a vivencias, sentimientos, ideas y concepciones de sí mismo (SERNAM, 2002b).

2.1.3.2 *Perspectiva transgeneracional*

Esta perspectiva considera la importancia del aprendizaje de la violencia como forma de relación en la familia de origen, pudiendo ser que quienes ejercen violencia hayan sido testigos de violencia entre sus padres o víctimas de violencia infantil (La Morada, 1994).

Se podría decir que la violencia se transmite de generación en generación en las familias, es decir, que es heredada, que existen modelos, mitos y creencias que se aprenden en la familia de origen.

Sin embargo, para que exista violencia no basta con la presencia de pautas abusivas en la familia, ya que el desarrollo psíquico puede aportar a tener o no mayor repertorio conductual como alternativa a la relación de violencia. Esto dependerá de cuán diferenciado se esté de la familia de origen, concepto que es abordado por Bowen en el desarrollo de la “teoría de la diferenciación del self” (SERNAM, 2002), es decir, “personas con débil diferenciación de sus familias de origen, establecerán relaciones poco diferenciadas y caracterizadas por la fusión en su pareja y familia actual. Asimismo, habrá en estas parejas una mayor probabilidad de repetir los mismos patrones de interacción” (SERNAM, 2002, p.111).

Las parejas que viven violencia además de baja diferenciación con sus familias de origen suelen tener altos niveles de fusión entre sus miembros, todo lo cual implica mayor ansiedad y rigidez en su funcionamiento, como forma de evitar el conflicto. Generalmente las parejas no tienen conciencia de aquello y al visualizarlo se genera la posibilidad de cambio.

También de utilidad para comprender el funcionamiento de las pautas en las parejas y familias, son las lealtades invisibles, es decir, las “fibras invisibles pero resistentes que mantienen unidos fragmentos complejos de conducta relacional de una familia” (Nagy, 1983 citado en SERNAM, 2002, p. 111), que regulan el comportamiento de sus miembros y son transmitidos de una generación a otra. Se plantea que estas buscan mantener el equilibrio entre lo que cada miembro da y recibe, internalizando las expectativas de la familia, y asumiendo ciertas actitudes que de no cumplirse provocarían culpa.

Se plantea que existe una contabilidad histórica: lo que no ha sido saldado en esta generación buscará ser saldado en la siguiente, enfrentándose en la pareja dos tramas de lealtades invisibles a ser saldadas, que por ejemplo incluyen a una mujer

que busca saldar la deuda de “salvar al padre” agresivo y un hombre que busca compensación por los maltratos de niñez.

2.1.3.3 *Modelo ecológico*²²

El modelo ecológico considera que la realidad familiar y social en general se puede entender organizada en subsistemas que interactúan entre sí de forma dinámica, como son el macrosistema, el exosistema y el microsistema (SERNAM, 2004).

En general, al revisar las diversas perspectivas en torno a la violencia doméstica, resulta claro que es necesario considerar la multiplicidad de factores involucrados, que desde diferentes contextos dan cabida a la violencia doméstica como violencia de género.

La violencia doméstica es de origen multicausal. Las diversas teorías explicativas han abordado múltiples aspectos, dando cada cual tan solo una visión parcial de la problemática no obstante estas no son excluyentes.

Por lo anterior, cualquier intervención en violencia precisa considerar esta multicausalidad, considerando diferentes aspectos y cambios a distintos niveles (Corsi, 2003).

Es por ello que el modelo ecológico de Bronfenbrenner contribuye con un esquema contextual que permite la integración de conocimientos y una mejor comprensión de los diversos factores involucrados.

El comportamiento humano no puede ser comprendido aislado del contexto en el cual este se manifiesta, y este modelo propone una forma de estudiar a la persona en su desarrollo, el ambiente y la interacción entre ambos. La persona, desde una perspectiva construccionista se considera un ser activo, que percibe el ambiente de una forma particular. Además, esta influye y es influida por su ambiente, adaptando y ajustándose mutuamente. De esta manera, se considera que un cambio en cualquier punto del esquema ecológico puede afectar al resto.

Los niveles del modelo ecológico se conciben como estructuras concéntricas incluidas cada una dentro de la siguiente. En el nivel más interno, el microsistema se considera el entorno inmediato de la persona; luego viene el mesosistema, que incluye las relaciones que establecen los diferentes entornos de la persona; luego el exosistema, que son los entornos en que la persona no participa, pero se ve afectada por lo que ocurre; y finalmente el macrosistema, que se refiere a la coherencia en una

²² Según Corsi, 2003

cultura o subcultura determinada.

Las mujeres que sufren violencia no desean tener esta forma de relación de pareja, sin embargo, existen diversos factores que influyen en que permanezcan o no en esta, tanto internos como externos a ella misma, pero en constante relación.

En los factores externos se encuentra todo lo que desde los entornos ejerce control mediante coacción y reconocimiento (castigos y recompensas) para que la mujer permanezca en una relación violenta.

En el macrosistema, en nuestra sociedad se encuentra el sistema patriarcal y la construcción de género con sus estereotipos y consecuentes diferencias de poder. Si se cuestiona el orden establecido se gatillan mecanismos de control. Es por ello que en lo que respecta a la violencia doméstica suele haber, por una parte, ocultamiento del hecho, y por otra, reconocimiento a la mujer que permanece en la relación, como una forma de control que es ejercido por la sociedad en su conjunto.

En el exosistema se encuentra la estructura social, principalmente las instituciones, que funcionan con normas que aplican las personas y que actúan de acuerdo con los esquemas que dicta el macrosistema. De este modo, las personas en las instituciones a las cuales acude la mujer a pedir ayuda (médicos, psicólogos, jueces, policías, etc.), actúan con indiferencia o ignorancia, provocando una revictimización, fenómeno que se comentará más adelante. También son relevantes las condiciones económicas y sociales, debido a que las carencias económicas en muchos casos disminuyen los intentos de autonomía. En otros casos se teme perder el estilo de vida y los apoyos sociales con lo que se cuenta con la pareja.

En el microsistema se encuentran, la familia propia, la de origen y las personas allegadas. Este sistema se caracteriza por establecer relaciones más personales, afectivas y emocionales y su influencia es más fácil de percibir en las mujeres violentadas. La familia es tanto la gran fuente de factores beneficiosos como de factores dañinos. Mientras la mujer sufre calladamente, se percibe como un problema solo de la pareja, al conocerse la violencia, la familia y allegados buscan que se mantenga la familia nuclear y que la mujer se adapte, se apelan argumentos en torno a los deberes de esta, no se cree en ella o se le niega la ayuda. Además el propio marido es un gran obstáculo, negándose a afrontar y resolver el problema; no es capaz de modificar la interacción y tampoco se puede permitir perderla, ya que depende de ella, desarrollando gran variedad de estrategias para someterla, con lo cual disminuyen las defensas de ella y él adquiere más control y poder. Esto se abordará más extensamente al tratar el ciclo de la violencia.

En relación con los aspectos de los sistemas contextuales mencionados, a los obstáculos para superar la violencia, es necesario sumar la subjetividad de la mujer

maltratada, que pone obstáculos a través de su estructura de personalidad basada en el estereotipo femenino y a las propias secuelas de la violencia para su salud física y mental.

El estereotipo femenino y su socialización hacen que las mujeres adquieran habilidades y cualidades acordes a su rol que la habilitan para el desenvolvimiento en el ámbito íntimo del hogar y no para salir al mundo, asumiendo toda la responsabilidad de ese espacio. Si en la familia existen problemas, se producen sentimientos de fracaso y culpa y el buscar que se superen a costa de su sacrificio. Asimismo se asume el rol de víctima y se asumen conductas defensivas de miedo y ansiedad.

La relación de violencia va provocando en la mujer diversas alteraciones que afectan su capacidad de respuesta y protección, aspectos que se abordan en próximos acápite.

Es importante la consideración del modelo ecológico en el abordaje y la intervención de la violencia doméstica, considerando todos los sistemas que influyen en la persona. Con ello surge la necesidad de realizar intervenciones interdisciplinarias, con aportes de cada disciplina, fundamentalmente en los aspectos, legales, sociales y psicológicos, además de considerar los entornos que intervienen y realizar un apropiado trabajo en red.

2.1.4 Creencias de género en la legitimización y perpetuación del problema

2.1.4.1 *Mitos, prejuicios y creencias de género*

Existen mitos o creencias prejuiciosas tanto en relación con las causas de la violencia, en atribuir carácter causal a factores de riesgo (enfermedades mentales, drogas y alcohol, situación cultural o socioeconómica), como en relación con creencias de género o sociales que legitiman y perpetúan la violencia.

Las creencias prejuiciosas forman parte de la matriz social y psicológica, tiñendo de forma no consciente las actitudes de las personas. Se reciben desde el nacimiento en una sociedad, como mensajes erróneos elevados al rango de conocimiento general (Ferreira, 1989). "El conjunto de creencias señalado forma un tramado ideológico no consciente, que es aceptado tácitamente sin previo análisis. Está abonado por una serie de argumentos estereotipados, surgidos de costumbres, dichos y tradiciones" (p.78).

Existen creencias bastante arraigadas en cada cultura en relación con la violencia contra la mujer. Es importante tomarlas en cuenta ya que estas creencias en muchas ocasiones son aquellas en que se fundamenta el agresor e incluso aquellas

en las cuales las mismas mujeres se basan para asumir responsabilidad o culpa en cuanto a las agresiones recibidas, y por ende no realizar acciones para modificar la situación (Minsal, 1998).

Es importante considerar que la mujer no es la causa de los castigos que recibe, sino que el hombre que ejerce violencia trae antecedentes personales y culturales al respecto, que son previos al encuentro con la mujer. La mujer violentada se encuentra atrapada en el ciclo de la violencia. Esta no se diferencia en sus características del resto de la población femenina; se encuentra en todos los estratos sociales y económicos, puede tener cualquier edad y nivel de escolaridad. Las situaciones se desarrollan en una relación de dominación (Ferreira, 1989).

Por otra parte, no hay ninguna “característica individual o conducta que pueda justificar el empleo de la violencia por otra persona” (Ferreira, 1989. p.40), dado el discurso ya consolidado de los derechos humanos, con la idea de resguardar la integridad de los sujetos bajo el lema de la no violencia, como definición de principio (La Morada, 1994).

Es importante revisar estas creencias, ya que muchas de estas están arraigadas en nuestra sociedad y pueden también estar presentes en quienes atienden a estas mujeres.

Según la literatura consultada (Ferreira, 1989; Larraín, 1994; La Morada, 1994; Minsal, 1998; Rico, 1996), algunas de las creencias comunes en la sociedad son:

Mitos	Realidades
“Las mujeres buscan hombres que ejercen violencia.”	Estas mujeres suelen poseer convicciones rígidas en relación al papel de la mujer y su subordinación al hombre; piensan que con paciencia y tolerancia ayudarán a mejorarlo, al no lograr el cambio, callan por vergüenza. Pueden ser mujeres que crecieron en un clima violento, por lo cual no les sorprende y no se imaginan otra forma de vivir, habituándose a la violencia y no comprendiendo fácilmente la posibilidad de otra forma de vida. En general, no tienen una actitud realista frente a la violencia como para rechazarla de plano y ponerse a salvo.
“A la mujer le agrada la violencia, si no, abandonaría a su pareja.”	A ninguna mujer le agrada vivir en violencia, por otros motivos no abandonan a sus parejas, ya sean emocionales, sociales o económicos. Es habitual que el marido la amenace o se arrepienta y le pida una nueva oportunidad. Además está el miedo, la ignorancia de sus derechos, la falta de recursos económicos, el que nunca haya trabajado salvo como ama de casa, los hijos pequeños, el aislamiento, la religión, la familia que la presiona para que no abandone el hogar, la falta de apoyo, la autoestima destruida, y la sociedad que le inculcó cual debía ser su lugar como esposa. Muchas veces la culpa y la vergüenza le impiden pedir ayuda.
“¿Por qué aguantó tanto tiempo y ahora se queja?”	Las mujeres denuncian en promedio después de 7 años de sufrir violencia. No es fácil denunciar, están las creencias mencionadas, no se posee mucha información y muchas veces son mal acogidas o revictimizadas en las instituciones a las que acuden, esto se ha descrito como la ruta crítica de la violencia. Esta pregunta muestra sospecha contra la mujer, buscándole otras razones para denunciar, como venganza o celos.

<p>“La violencia es un problema de las clases más bajas.”</p>	<p>En los estratos más bajos de la sociedad la violencia es más visible y pública, ya que las mujeres acá afectadas acuden a sitios públicos como consultorios o comisarías, en cambio en las clases altas se tiene acceso a atención privada de abogados, médicos y psicólogos, tapando el escándalo y la vergüenza y no registrándose en las estadísticas. Incluso antes los estudios se dirigían tan solo a los estratos bajos, sesgando con esto la mirada. En la práctica, se conoce que esta realidad traspasa las clases sociales, por lo que no es atribuible a factores derivados de la estructura socioeconómica.</p>
<p>“Las personas educadas y cultas no son violentas.”</p>	<p>Existe una serie de evidencias de que la violencia existe en todos los niveles. Cuando la mujer afectada tiene alto nivel cultural es aún mayor la vergüenza o el temor al desprestigio, por ello ocultan su realidad, enfrentándose a este mito. Cualquier mujer puede ser víctima de violencia como consecuencia de la cultura de dominación y control de la mujer, y esta no dependerá de la educación formal que se tenga, si no más bien de la educación familiar y social.</p>
<p>“Se trata de casos aislados”</p>	<p>Las estadísticas de prevalencia indican que a nivel mundial 1 de cada 10 mujeres es o ha sido agredida por su pareja, en Chile una de cada dos mujeres del grupo mayores de 15 años actual o anteriormente casada o conviviente, ha sido víctima de algún evento de agresión por parte de su pareja. Este mito es un intento por negar la verdad y no hacerse cargo al no considerarlo un problema social.</p>
<p>“La violencia en la familia es habitualmente ocasionada por el alcohol y las drogas.”</p>	<p>Existen alcohólicos que no utilizan la violencia, como hay personas que son violentas y no ingieren alcohol. Estos factores no constituyen ni un factor etiológico ni desencadenante, una de sus funciones es la amplificación de secuencias interactivas que se dan en la cotidianeidad de la pareja. Comúnmente el agresor que a ingerido alcohol no violenta a cualquier persona si no a su mujer, actuando en ello los factores sociales mencionados.</p>
<p>“La violencia en la familia es un asunto privado y se debe arreglar al interior del hogar.”</p>	<p>Vivir y desarrollarse en un ambiente libre de violencia es un derecho esencial de todo ser humano. Asimismo es deber del estado resguardar este derecho. El considerarlo como algo, ni social, ni político, ni público, implica, por parte de las víctimas, vivir la violencia en secreto, con miedo, culpa y vergüenza, y por parte del estado y la sociedad en general, el no hacerle parte y responsable del fenómeno en su complejidad.</p>
<p>“Los agresores son enfermos mentales.”</p>	<p>Menos del 10% de de las situaciones de violencia están ocasionados por trastornos psiquiátricos, y los estudios indican que no se puede atribuir la violencia a patologías individuales y desórdenes psíquicos, ya que se presenta en la población en general, por ello se considera que la conducta violenta tiene que ver principalmente con patrones culturales aprendidos y que se podrían desaprender. Es común encontrar la relación en la dirección contraria, es decir, que personas sometidas a situaciones de violencia desarrollen trastornos psicopatológicos como depresión y angustia.</p>
<p>“¿Cómo se las va a arreglar sola?”</p>	<p>En la actualidad las mujeres pueden desarrollarse laboralmente a la par que los hombres, el que la mujer no busque empleo muchas veces se debe a que la pareja se lo impide, como otra forma de ejercer poder sobre ella y generar dependencia, esto se vuelve un circulo vicioso en donde ella misma llega a creer lo que él le dice en relación a que no se podrá mantener por si misma.</p>
<p>“La violencia es algo innato, que pertenece a la esencia del ser humano.”</p>	<p>Actualmente se considera que la violencia es una conducta aprendida a través de patrones familiares y sociales, lo cual es de particular importancia en lo referido a la violencia del hombre contra la mujer, ya que este hombre, por lo general, no es un hombre violento en el resto de sus relaciones.</p>
<p>“La mujer es golpeada porque no cumple con sus obligaciones.”</p>	<p>Esta creencia se sustenta en estereotipos sexuales rígidos, basados en la creencia que la mujer debiera dedicarse de forma absoluta al hogar y al marido, y como forma de justificar la violencia.</p>

<p>“Quien te quiere te aporrea.”</p>	<p>Muchas veces estos patrones se aprenden en el hogar, en donde la violencia es la forma de interacción conocida. Además se vincula a los celos, que sorprende como explicación que se dan las propias mujeres, al encontrar en ellas una vivencia culposa de base.</p>
--------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2.1.4.2 Legitimización y perpetuación del problema

Dentro de la contextualización del problema nos encontramos con la necesidad de ubicar a la mujer violentada en un marco histórico-social debido a que es allí donde se encuentran factores que la legitiman culturalmente. A través de la historia se han ido desarrollando diferentes “costumbres, comportamientos, leyes, rituales o actitudes tendientes a señalar la inferioridad de la mujer en relación al hombre” (Ferreira, 1989. p. 86), y la consecuente superioridad del hombre por naturaleza y con ello avalar el que la mujer constituye una propiedad controlada por el hombre, quien tiene el derecho y la responsabilidad de dirigir su conducta (Corsi, 2004; Ferreira, 1989).

Existen algunas creencias tradicionales que legitiman las conductas de violencia: la mujer es inferior al hombre y por ende subordinada a él, la mujer es culpable de las desgracias del mundo (Ej: Mitos de Eva y Pandora). Asimismo, se le adjudican las primeras voces de pregunta o disconformidad por lo cual se consideraron poco confiables para participar de las decisiones y sí para tareas “insignificantes” como criar a las futuras generaciones.

A pesar de los cambios culturales y de los esfuerzos de múltiples organizaciones en pro de la igualdad, existe una serie de creencias como las mencionadas, que según investigaciones aún sustentan las diferencias de género, como que las mujeres son inferiores a los hombres, que el hombre es el jefe de hogar, que el hombre tiene derecho de propiedad sobre la mujer y los hijos y que la privacidad del hogar debe ser defendida de las regulaciones externas (Corsi, 2004).

Con las anteriores creencias de base se desprende que el hombre tiene el derecho y la obligación de imponer medidas disciplinarias para controlar el comportamiento de quienes están a su cargo, y mientras continúen no hay leyes que deslegitimen el uso de la fuerza como “método correctivo” (Corsi, 2004).

Asimismo, estos mitos o creencias culturales contribuyen a la perpetuación del problema, ya que como tales se mantienen a pesar de cualquier prueba racional que los desmientan y por ende son resistentes al cambio (Corsi, 2004).

Estos mitos cumplen ciertas funciones:

- Culpabilizar a la víctima, con mitos acerca de la provocación (“La mujer es

golpeada porque no cumple con sus obligaciones” o el masoquismo (“Las mujeres buscan hombres que ejercen violencia”, “A la mujer le agrada la violencia, si no, abandonaría a su pareja”).

- Naturalizar la violencia (“La violencia es algo innato, que pertenece a la esencia del ser humano”, “el matrimonio es así”, “los celos son el condimento del amor”, “Quien te quiere te aporrea”).
- Impedir que la víctima salga de la situación, mitos acerca de la familia, el amor, la abnegación, la maternidad (“La violencia en la familia es un asunto privado y se debe arreglar al interior del hogar”, “los trapos sucios se lavan en casa”, “la mujer es quien tiene la responsabilidad de la familia”, “quien te quiere te aporrea”, “hay que aguantar por los hijos”).

A estas funciones descritas por Corsi (2004), se agrega el explicar las causas de la violencia sobre la base de factores de riesgo, que si bien se asocian no son causales (“la violencia es un problema de las clases más bajas”, “la violencia es causada por el alcohol y las drogas”, etc.)

Para encarnarse en actitudes o conductas los mitos precisan de algo más que la sola creencia y es allí donde algunas instituciones actúan como catalizadoras, por ser trasmisoras de estos mensajes culturales (Corsi, 2004).

Estas creencias también están arraigadas en las instituciones a las cuales la mujer afectada de violencia doméstica acude en busca de ayuda, con lo cual la mujer suele ser revictimizada; existe un trato de hostilidad, negligencia y discriminación, inculcando, dudando e ignorando la gravedad de los hechos.

2.1.4.3 La revictimización o victimización secundaria

Es “el fenómeno que se produce cuando alguien, al reconocer que requiere ayuda, se dirige a algún lugar cuya función explicitada es prestar esa ayuda y, por distintas razones, este proceso toma la forma de una nueva victimización que puede resultar de una acción institucional cuyo fin primero era ayudar a desvictimizar” (La Morada, 1994, p.155).

Se constituye como una respuesta social ineficaz, que contribuye a la mantención del problema.

Esto ocurre tanto en los sistemas de denuncia (Carabineros, tribunales), como en los sistemas de salud. En estos últimos el enfoque profesional predominante trata de buscar las causas a los síntomas dentro de sus propios sistemas explicativos, es decir, en la sintomatología física, y los cuadros psíquicos que los acompañan. No se

considera la experiencia de victimización como posible motivo, generándose la revictimización, ya que contribuye a legitimar y perpetuar la violencia y busca en la propia víctima los motivos o causas de las secuelas de la victimización (Corsi, 2004).

En el caso de la psicología clínica y la psiquiatría también existen algunos obstáculos que dificultan la comprensión del problema, entre ellos se encuentran:

- La tendencia a psicopatologizar: La violencia familiar en general, tiene sus raíces en factores históricos, sociales, culturales, institucionales y familiares, por lo tanto, la violencia doméstica surge de una compleja combinación de factores y no es, el producto de una estructura o de alteraciones psicopatológicas. Incluso los estudios indican que muy a menudo el abuso es uno de los orígenes de dichas alteraciones.
- El intento de abordar el problema desde los modelos psicoterapéuticos convencionales: En general, si el modelo teórico y metodológico se convierte en el eje del accionar terapéutico y se deja de lado la especificidad del problema, se puede llegar a agravar, por ejemplo, culpabilizando a la víctima.
- La no consideración de la variable “género” en el diagnóstico del problema: Las variables poder y género son indispensables de considerar para la comprensión del problema, ya que tienen gran relación con la construcción de vínculos abusivos.
- Las nociones de “neutralidad”, “secreto” y “privacidad”: Un contexto terapéutico de neutralidad, secreto y privacidad reproduce las condiciones en que la violencia se genera. Esto es, según cada orientación, en algunas se considera la no neutralidad, y en relación con la privacidad se considera que se debe mantener un equilibrio, debido a que no se ha de presionar a la víctima para que, por ejemplo, denuncie, ya que se deben respetar los propios procesos de ella (Corsi, 2004).

2.1.5 El ciclo de la violencia y los patrones habituales

Ha sido de gran interés el descubrimiento de que es posible describir un ciclo con etapas que se reiteran en la violencia contra la mujer, ya que ayuda a comprender la forma en que la relación ingresa en esta dinámica y de qué manera se le hace difícil a la mujer apartarse de ella. Además, generalmente la mujer no logra percibir este ciclo, con lo cual, al no lograr apartarse de esa relación, la embargan sentimientos negativos hacia sí misma, como la culpa o pensarse en forma masoquista. Sin embargo, hay que considerar que esta es tan solo una aproximación descriptiva, que no explica las causas ni los mecanismos de reproducción, lo cual sólo se encontrará

en una perspectiva más global que de cuenta de la opresión de género (Rico, 1996).

El concepto de ciclo fue elaborado por Leonore Walter (1979), quien señala que la violencia doméstica más que un incidente aislado o casual, puede leerse como un capítulo dentro de una historia de violencia que sostiene su curso a través de ciclos que se suceden en el tiempo, en que se distinguen comúnmente tres fases (La Morada, 2004; Minsal, 1998).

Primera fase: *Acumulación de tensiones*

Hay una dinámica marcada por la latencia del conflicto y la acumulación de tensiones resultantes de él. Se experimenta un constante estado de alerta de la mujer vinculado con constantes conductas agresivas, como golpes de meza, portazos, maltratos verbales, etc., los cuales se pueden observar como una escalada provocadora. En esta fase es habitual que la mujer intente “calmar” al cónyuge a través de diversas conductas.

Segunda fase: *Crisis, episodio agudo o golpiza*

Se produce la descarga de la tensión latente acumulada en las interacciones de la fase anterior, en forma de violencia física y psicológica, y al término de esta un estado de confusión en que disminuye la tensión. Se puede entender como un intento desesperado de acomodación de una situación límite que termina por desbordar a la pareja.

Tercera fase: *Arrepentimiento, reconciliación o luna de miel*

El agresor se muestra arrepentido y cariñoso; generalmente promete que no se volverá a repetir esta situación. La pareja hace intentos de renegociación de los términos de la relación y se observan intentos por negar u olvidar la gravedad de la situación vivida previamente.

El concepto de crisis introduce una ambivalencia, ya que en aquella fase se vive la frustración, el dolor y la expectativa de separación, pero en las otras fases aparecen las expectativas de continuidad y recuperación de la relación (La Morada, 1994).

Generalmente este ciclo se repite una y otra vez, pero es cada vez más intenso y a intervalos menores, en lo que viene a ser una *escalada* de violencia. Este concepto se refiere a la ascendencia del grado de violencia de una crisis a otra y es también de gran utilidad para la intervención (La Morada, 1994; Minsal, 1998).

Es posible que el ciclo comience antes del matrimonio, en especial en forma de amenazas. A pesar de estas señales, la mujer continua la relación, ya sea por miedo a un escándalo o al qué dirán, o ante la creencia de que “con el matrimonio va a cambiar”. Otras veces comienza durante la luna de miel o en los primeros meses de matrimonio, en el embarazo o después del primer hijo, descritas estas como las

situaciones más frecuentes de comienzo. Estos son momentos de cambios simbólicos y/o concretos de la relación (Ferreira, 1989; La Morada, 1994).

En todos los casos es posible detectar, a través de entrevistas posteriores, que existían en forma previa conductas que pudieron anunciar la violencia, las que sin embargo no fueron bien interpretadas. Demostraciones de celos, posesión, dominación, control y enojos exagerados se interpretaron de forma halagadora, justificándolos. La mujer que no ha desarrollado por sí misma un afecto y se desvaloriza puede ser atraída por estas formas de demostrar afecto.

Como se consideró con anterioridad, las creencias de los cónyuges y su entorno en cuanto a los roles de género de manera tradicional, son un precedente para la generación y mantención de este ciclo, ya que se considera que la mujer debe atender y complacer al hombre, el que manda, teniendo que ser perfecta. Apoyarlo, satisfacerlo y conservar la armonía familiar es su responsabilidad (Ferreira, 1989).

De esta forma y pasado un tiempo comienza el período de tensión (primera fase), aparece la disconformidad, algo no es perfecto, aparece un problema puntual o a través de excusas insignificantes, como "la comida no está caliente", "falta un botón", etc. comienzan las agresiones de tipo psicológico, como burlas, críticas, desprecio. Ella no es la mujer perfecta que ambos pensaron, y con estas agresiones la mujer se va sintiendo insegura. Luego aparece un empujón o una cachetada (1º vez de segunda fase), y la mujer sorprendida tal vez intente calmarlo poniéndose cariñosa y comprensiva. Con ello y sin saberlo legitima la violencia, ya que si la maltratan reacciona con complacencia (Ferreira, 1989).

Ambos intentan negar lo que realmente aconteció: la mujer se siente responsable y el hombre se justifica, se piensa como algo pasajero, se responsabiliza a ciertas situaciones, asumiendo que él estaba diferente, y se piensa que lo superaran. Así pasan a un primer período postagresión el que resulta agradable (1º vez de tercera fase), ya que recuperan el cariño y las atenciones. Sin embargo, ya se han traspasado los límites (Ferreira, 1989).

Con la convivencia diaria reaparecen las dificultades y vuelve la acumulación de tensiones (primera fase), recomienzan los reproches, las acusaciones y las críticas; se acumulan las tensiones en el hombre, el que probablemente no posee habilidades para expresar sus emociones. Considera que todo lo que ella hace es para molestarlo, lo cual aumentará su enojo y su ataque (Ferreira, 1989).

Luego de la liberación de las tensiones, explotando y agrediendo (segunda fase), generalmente y en especial en los primeros ciclos, el hombre piensa lo que hizo y teme por las consecuencias, que lo abandonen y dejen de quererlo. Las primeras veces en general sienten remordimientos aunque crean que la provocación vino de

ella. Piden perdón, aunque señalan que si ella no hubiera hecho o dicho determinada cosa, el episodio se habría evitado. Aunque se muestra arrepentido, le adjudica casi toda la responsabilidad o la culpa a ella. Prometerá que no se volverá a ocurrir y, según cuán reacia se encuentre ella, le rogará, llorará, se arrodillará, dirá que no puede vivir sin ella. Así, en esta etapa puede haber regalos y cooperaciones, viviendo una segunda “luna de miel” (Ferreira, 1989).

El marido demuestra su sinceridad con un despliegue de atenciones; la mujer decide pensar que el que se muestra arrepentido y gentil es su verdadero marido y que si ella pudiera ayudarlo más, él estaría siempre así.

Si la experiencia trasciende al exterior generalmente la familia intentará mantenerlos unidos, con argumentos tales como, que aunque hizo mal hay que darle otra oportunidad o que tenga paciencia.

Cuando se han acumulado varios ciclos, llega un momento en que las promesas ya no tiene validez, y entonces aparece un período de amenazas y presiones; aparece un subciclo en el cual se alternan súplicas y amenazas (Ferreira, 1989).

De esta manera, el hombre va variando su forma de retener a la mujer: primero puede usar las súplicas y extorsiones emocionales, él le dice que la necesita, que no puede estar sin ella, que está enfermo y que si lo abandona no sería “buena esposa”. Ella se siente importante, la necesitan. Más le pega, más enfermo está, más la necesita, más tiene que ayudarlo.

Si aquello no funciona, el hombre puede intentar dar lástima, se deprime, amenaza que se va a suicidar, se enferma y ella no puede abandonarlo en esos momentos. Si ya esto no resulta, aparecen las amenazas de muerte, para ella y los hijos.

Y así cada vez el peligro es mayor, y la mujer llega a sentirse desesperanzada, pasiva y vencida; se ha deteriorado su autoestima y ya no ve salida. Además, el entorno no le es favorable, no la protege ni la apoya; puede que se dé plazos para separarse, que nunca llegan (Ferreira, 1989).

2.1.6 Consecuencias de la violencia

La violencia trae como consecuencias un daño en la salud física, psicológica y social de la mujer, un menoscabo de sus derechos humanos y un riesgo para su vida (Corsi, 2004).

2.1.6.1 A nivel individual

Dado que las vivencias experimentadas por la mujer se dan en la cotidianidad de su hogar, en ella surgen sentimientos y conductas ambivalentes manifestados en desorganización, incapacidad para resolver problemas o tomar decisiones, tendencia a la automatización de conductas, sentimientos de cansancio, desamparo, confusión y ansiedad generalizada (Minsal, 1998). Es decir, la incapacidad de reaccionar para defenderse y protegerse es una consecuencia de la violencia misma.

La violencia en el hogar tiene efectos psicológicos profundos tanto a corto como a largo plazo. En una primera instancia, como una reacción inmediata se describe una etapa de desorganización; la reacción suele ser de conmoción, paralización temporal y negación de lo sucedido, seguida de aturdimiento, desorientación y sentimiento de soledad. Luego, los sentimientos de la víctima pueden pasar de un momento a otro del miedo a la rabia, de la tristeza a la euforia y de la compasión de sí misma al sentimiento de culpa. A mediano plazo, pueden aparecer ideas obsesivas, incapacidad para concentrarse, insomnio, pesadillas, llanto descontrolado, mayor consumo de fármacos, deterioro de las relaciones personales, etc. y a la larga, como reacción tardía, incluso "síndrome de estrés postraumático" (PTD o TPD: Post-Traumatic Disorder), que incluye una serie de trastornos emocionales, como ser frecuentes pesadillas, dificultad para concentrarse social y laboralmente, trastornos del sueño (por lo general insomnio), trastornos mnésicos, trastornos de la capacidad de atención y concentración, depresión, sentimientos de culpa, miedos diversos y dificultad en el aprendizaje (Corsi, 2004).

Sluzki (1994, en Corsi, 2004), señala seis niveles en los que pueden ubicarse los efectos de la violencia, según el cruce de dos variables que son el nivel percibido de amenaza para la persona y el grado de habitualidad de la conducta violenta. Estos son:

- 1.- Disonancia cognitiva. En un primer momento, al ser un episodio inesperado y de baja intensidad, la reacción es de sorpresa, no pudiendo integrar esta experiencia como propia.
- 2.- Ataque o fuga. Al ser inesperado y abrupto, pero de alta intensidad, se desencadena una reacción psicofísica de, alerta, enfrentamiento o huida.
- 3.- Inundación-parálisis. Se da en el caso de violencia extrema, que implica alto riesgo percibido para la integridad o la vida. La reacción puede incluir alteraciones del estado de conciencia, desorientación, etc. y llegar a formarse el síndrome de estrés postraumático.
- 4.- Socialización cotidiana. En maltrato de baja intensidad pero habitual se naturaliza,

es decir, la mujer se acostumbra por ejemplo a que no se tomen en cuenta sus opiniones, a ser humillada con bromas o críticas descalificadoras, etc., pasando a ser este tipo de violencia “normal” en su vida cotidiana.

5.- Lavado de cerebro. Con amenazas, coerciones y humillaciones de forma constante y persistente, se pueden incorporar estos mensajes de forma defensiva, asumiendo la culpa de lo que acontece.

6.- Embotamiento-sumisión. Con experiencias extremas y reiteradas, puede producirse un “entumecimiento psíquico”, una desconexión de los propios sentimientos y un volverse extremadamente sumisa, justificando al agresor al máximo.

En forma más puntual, de acuerdo a los estudios realizados por la OPS. (citado en Minsal, 1998), y la O.M.S. (citado en Rico 1996; 1998 en Ferrer 2001) la violencia de género constituye un grave problema de salud pública, y se han podido identificar las siguientes consecuencias en las mujeres víctimas de violencia doméstica:

Consecuencias o daños físicos: Lesiones físicas (fracturas, quemaduras, cortaduras, hematomas, heridas, etc.); embarazo no deseado y/o a temprana edad; partos prematuros; aborto espontáneo; cefaleas; violación sexual; afecciones ginecológicas (inflamación pélvica, dolor pélvico crónico, ETS enfermedades de transmisión sexual, infección con VIH); abuso de drogas y alcohol; síndrome de colon irritable; tabaquismo; discapacidad permanente o parcial; asma y, en general, vulnerabilidad a enfermedades o problemas de salud graves.

Consecuencias para la salud mental o daños psicológicos: Depresión; ansiedad; angustia; desorden de estrés post-traumatismo; estrés; fobias; obsesiones; conductas compulsivas; abuso de sustancias tóxicas; insomnio; hipersomnio; frigidez; baja autoestima; disfunciones sexuales; labilidad emocional; baja del rendimiento y reducción de las capacidades cognitivas e intelectuales; trastornos de la conducta alimentaria; trastornos de personalidad; trastornos psicósomáticos; e intento de suicidio.

Resultados fatales: Suicidio y homicidio.

Más específicamente, al detener la mirada en la relación violencia doméstica-salud mental, se sugiere que las mujeres víctimas de violencia tienen entre 4 y 6 veces más posibilidades de necesitar tratamiento psiquiátrico que las que no lo son, y que los trastornos psicopatológicos que aparecen con mayor frecuencia en estas mujeres son: la depresión y el trastorno por estrés postraumático (Ferrer y Bosch, 2001).

Para la comprensión de cómo se producen esta y otras relaciones, es de gran

utilidad la consideración de la *perspectiva de la traumatización* desde la consideración del trauma como proceso relacional.

En psiquiatría se encuentra primeramente una visión tradicional de trauma asociado al de evento traumático, el *Trastorno de estrés posttraumático* (TPD) se introduce como categoría diagnóstica en el DSM-III, Manual de clasificación de los desórdenes mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 1985), en el cual se agrupó un conjunto de entidades diagnósticas, que engloba un grupo de síntomas de ansiedad que se manifiestan en las personas de forma semejante al enfrentarse a un evento traumático, “un acontecimiento de alta intensidad, que se encuentra fuera de las expectativas de ocurrencia en la experiencia habitual de las personas, que implica una amenaza de daño severo a la integridad física, psicológica o del entorno de quien lo sufre”(p.89) (catástrofes naturales, desastres, guerra violación, accidentes, víctimas de tortura, etc.) (Crempien, 2005; Ferrer y Bosch, 2001).

En el DSM-IV (APA, 1995), se elimina la idea del evento y se pone énfasis en la reacción de la persona más que en el tipo de acontecimiento traumático, debido a que numerosos estudios indicaban que los desencadenantes típicos del síndrome son eventos relativamente comunes, y lo relevante es la naturaleza amenazante y provocadora de miedo del trauma. El DSM-IV-TR, incluye entre de las experiencias traumáticas el vivenciar sistemáticamente abuso físico o sexual (Kaplan, 2005, en Crempien, 2005; Ferrer y Bosch, 2001).

En general la traumatización provoca desorganización de las funciones psíquicas, como las que tienen que ver con la evaluación de la realidad, la capacidad de acción y decisión, la contención de la angustia, la protección de sí misma y de los hijos, etc.

Los principales síntomas del TPD son, la repetida vivencia del trauma en recuerdos intrusivos (flashbacks) o sueños en un fondo de anestesia emocional; falta de respuesta, anhedonia, evitación de actividades y situaciones que recuerden el trauma, hipervigilancia, insomnio, ansiedad, depresión, ideación suicida, abuso de alcohol y drogas (O.M.S., 1992, citado en Crempien, 2005).

La concepción de *trauma acumulado* de M. Khan (1963), extraída de Winnicott, sugiere la idea de trauma más allá de la magnitud del evento, considerando la cualidad sistemática de la falla de una relación significativa. La cronicidad de esta falla es la que generaría el trauma, de forma que en las relaciones de violencia en la pareja, no solo la severidad de los eventos de violencia lo volverían traumáticos sino la sistematicidad del abuso. Con este proceso se van instalando en las mujeres sentimientos tales como la desesperanza, la indefensión y la identificación con el agresor.

En relación con la identificación con el agresor acá, nos referimos al concepto de Ferenczi, que indica que “cuando las personas enfrentan una amenaza, como una forma de sobrevivencia se identifican con el agresor, convirtiéndose en lo que este espera que sean” (Crempien, 2005, p.91). Así la víctima se olvidará de sí misma, intentando adivinar los deseos del agresor y anticipar su voluntad para agradarlo, concluyendo en la sumisión de la víctima, como una respuesta de sobrevivencia que implica la disociación de los propios sentimientos y percepciones (Crempien, 2005).

Los estudios existentes hasta el momento indican que entre un 45% y un 55% de las mujeres víctimas de violencia doméstica cumplen con los criterios diagnósticos de TPD (Ferrer y Bosch, 2001).

El DSM-IV sugiere que este trastorno puede ser especialmente grave o duradero cuando el agente estresor es otro ser humano y puede ser más probable cuanto más intenso o cercano sea este agente. Además, se refieren ciertas circunstancias agravantes del TPD, comunes en las mujeres víctimas de violencia doméstica, como el que la agresión se prolongue en el tiempo, que tenga o pueda tener graves consecuencias para la vida de la víctima, que ocurra en un terreno supuestamente seguro y más aún, que el agresor es o haya sido una persona amada, por lo que se tiene con él una gran cercanía emocional (Ferrer y Bosch, 2001).

En general, el efecto devastador de la violencia doméstica se debe a que proviene de quien precisamente esperamos nos proteja y nos cuide; que esta transformación del carácter protector en violento ocurre en un contexto y un discurso que niega o justifica esta transformación.” (Sluzki, 1994, citado en Crempien, 2001, p.94).

Por otra parte se presenta una alta prevalencia de *depresión*, semejante a la que presentan otros grupos de víctimas de acontecimientos traumáticos. Los estudios indican que entre un 47% y un 80 % de las víctimas de violencia doméstica la presentan.

Esta relación se vincula con que el agresor maltrata cuando la víctima muestra respuestas adaptativas (miedo, enfado, huir), incluso si intenta defenderse puede ser peor, por lo que disminuyen las respuestas adaptativas en general; además, generalmente existen refuerzos esporádicos. Se le impide a la víctima acceder a sus fuentes habituales de refuerzo, provocándose aislamiento social y dependencia del agresor. Asimismo, se refuerza positivamente el mantener conductas de sumisión, pasividad y dependencia, características de la depresión, además de los efectos sobre la autoestima en directa relación con la depresión (Ferrer y Bosch, 2001).

Es importante considerar la existencia de una relación causal entre violencia doméstica y sus efectos destructivos en la salud mental de las mujeres, con los cual

estos pueden ser considerados “síntomas de abuso”, siendo la violencia primaria y no al contrario (Humphreys, 2003, citado en Crempien, 2005).

2.1.6.2 *A nivel social*

A través del ejercicio de este tipo de violencia de forma más amplia, se produce y perpetua un sistema de discriminación y subordinación de más de la mitad de la población, produciéndose con ello una violación de los derechos humanos.

Con esto se refleja una estructura sociopolítica asimétrica en las relaciones sociales, menoscabando la democracia y el desarrollo económico del país (Rico, 1996).

Por otra parte, los hijos que viven esta experiencia junto a sus madres, se describen como niños nerviosos, irascibles y temerosos; se dice que los niños testigos, también son “niños golpeados”, dado que presentan la misma sintomatología psicológica que los que sufren maltrato directo (Jaffe y otros, 1986, citado en Rico, 1996).

Es igualmente sabida la importancia del aprendizaje observacional en los niños, con lo cual tienden a imitar roles y repetir los patrones de los adultos, pudiendo estos niños testigos convertirse, de adultos, en hombres golpeadores y mujeres golpeadas; es el comportamiento que interiorizaron como natural en su proceso de socialización temprana (Corsi, 2004; Rico, 1996).

Está comprobado que uno de los factores más relevantes para la existencia de violencia en la pareja, y que es considerado como factor de riesgo, es que el hombre haya presenciado violencia en su propio hogar o bien haya sido él mismo un niño maltratado. De igual forma, un factor significativo en el caso de la mujer víctima es haber sido niña maltratada o testigo de la violencia de sus padres (SERNAM, 2002^a).

Por su parte, se sostiene que la violencia es en gran parte una conducta aprendida y uno de los primeros escenarios en que el individuo observa y aprende la violencia es en el hogar (Banco Interamericano de Desarrollo (BID), citado en Corsi, 2004), es decir, la violencia doméstica constituye un factor de riesgo para los actos violentos en el espacio social. Según investigaciones publicadas en 1993, realizadas por la American Psychological Association, a medida que crecen los niveles de violencia en la familia de origen, la probabilidad de que un niño también se involucre en comportamientos abusivos o violentos cuando sea adulto también aumenta. Por esta razón, es también relevante encontrar políticas públicas que aporten en la disminución de la violencia doméstica, incluso para reducir la violencia social (Corsi, 2004).

Según diversas investigaciones llevadas a cabo estos últimos 20 años, se pueden encontrar consecuencias sociales de la violencia doméstica en diferentes ámbitos, como en el trabajo, la educación, la salud, lo social, la seguridad y la economía (Corsi, 2004).

2.1.7 Aportes de diversas teorías psicológicas al abordaje de la violencia doméstica

Son variados los aportes de la psicología. Estos apuntan a distintos ámbitos, es decir, algunos ayudan a comprender el fenómeno, otros a buscar las causas y otros al planeamiento de la intervención en cada uno de sus niveles (detección, prevención y reparación).

Uno de esos aportes es el presentado por el Minsal, 1998, que ofrece un enfoque más bien desde la salud y considera la existencia de factores protectores y de riesgo, los que pueden ser de utilidad si se piensa en la prevención o incluso en la detección de población vulnerable.

Se ha de considerar que la existencia de factores protectores o de riesgo no refiere causas, sino que tan solo factores que protegen o hacen vulnerable a la persona, facilitando o no el verse afectada por ciertos fenómenos.

Factores protectores:

En términos generales, el establecer relaciones saludables al interior de la familia son una forma de prevenir la violencia intrafamiliar, relaciones que además se vinculan con el mejoramiento de la calidad de vida y el bienestar biopsicosocial.

Son recursos o atributos individuales o grupales que promueven la existencia de un ambiente propicio para el desarrollo de relaciones saludables al interior de la familia. Algunos de estos factores son (Minsal, 1998):

- La satisfacción de las necesidades básicas
- Los vínculos sociales
- El desarrollo personal
- El acceso a información

Factores de riesgo:

Existe asociación positiva entre valoraciones culturales, algunas características de la pareja y la probabilidad de emergencia de conductas violentas. Además existen algunas características individuales a considerar, las que a la vez están cruzadas por aspectos culturales.

En múltiples investigaciones se han encontrado variados factores de riesgo, los que pueden describirse en 3 niveles: con eficacia causal (aspectos culturales principalmente sobre los que se construye la violencia como modo naturalizado de las

relaciones de poder interpersonal); asociados (su presencia aumenta la probabilidad de ocurrencia y/o gravedad de sus manifestaciones); y que contribuyen a la perpetuación del problema (derivados de las instituciones que impiden la identificación temprana y la respuesta eficaz). Estos son (Corsi, 2004):

Factores de riesgo con eficacia causal primaria:

- Pautas culturales que mantienen la desigualdad entre los géneros.
- Socialización de género según estereotipos.
- Organizaciones familiares verticales y autocráticas.
- Aprendizaje femenino de la indefensión.
- Exposición a violencia doméstica entre los padres durante el período de crecimiento.
- Naturalización de la violencia por parte de otros modelos sociales.

Factores de riesgo asociados que incrementan la probabilidad:

- Factores estresantes (económicos, laborales, sociales)
- Uso de alcohol y/o drogas.

Factores que contribuyen en la perpetuación del problema:

- Ausencia de legislación adecuada o dificultades en la aplicación de la existente.
- Falta de capacitación del personal policial y judicial para atender adecuadamente los casos.
- Falta de capacitación del personal de salud para identificar casos
- Psicopatologización del problema por parte de los servicios de asistencia.
- Ausencia de redes comunitarias de apoyo.

En relación con los **diferentes enfoques o modelos** ofrecidos en psicología, cada cual ha realizado, desde su particular marco conceptual teórico, diversos aportes al abordaje de la violencia doméstica. Verónica Aumann, (2003) considera algunos de estos en los modelos conductual, cognitivo, psicodinámico y interaccional-comunicacional.

La consideración de la violencia familiar como un problema social, implica abordarlo en su complejidad y amplitud, para lo cual pueden aportar los diferentes enfoques. Cada modelo terapéutico responde de forma diferente a cuáles son las causas y de qué manera intervenir, dando énfasis a diferentes aspectos de la vivencia del ser humano.

Desde el *modelo conductual*, que “estudia el repertorio de las conductas con que una persona se relaciona con el mundo” (Aumann, 2003, p. 242), los aportes tienen

relación tanto con la observación y el análisis de la conducta de una persona violenta como en los efectos que produce en la conducta de los demás, sea la víctima o quienes le rodean.

Entre las características de la persona que ejerce violencia se encuentra la descrita como “doble fachada”, que se refiere a la diferencia de imagen en lo público y lo privado, teniendo en el primero una cargada de cualidades positivas, mostrándose como buenos profesionales, amigos o vecinos, y en lo privado cualidades opuestas y contradictorias, como el ser controlador y ejercen el poder sobre el resto de la familia. Con ello, la víctima muchas veces es tildada de desequilibrada y no se le cree, produciéndose la revictimización o victimización secundaria.

Otro aspecto es el desequilibrio de poder con la pareja; un miembro subyuga al otro, aplicando abusos intercalados con recompensas. Se instala un ciclo de dependencia, en que la víctima cada vez pierde más poder, cediéndoselo al agresor, y estableciéndose con ello un fuerte vínculo afectivo de carácter simbiótico. Aumenta a la vez la impotencia de ella y la convicción de que “nada podrá nunca cambiar”.

La relación en el ya mencionado “ciclo de violencia”, con alternancia entre los actos violentos, de arrepentimiento y recompensas, conlleva una manipulación emocional, lo cual ayuda a mantener el vínculo, se genera un fenómeno emocional paradójico, en el que se ve cada vez más omnipotente al poderoso y cada vez más indefenso y necesitado a sí mismo. Con el tiempo hay un desgaste y cualquier dificultad aumenta la frustración de la mujer, y la inhabilidad comunicativa de sentimientos de él, lo que hace que cualquier hecho sirva para ser agresivo.

Los hombres que ejercen violencia se caracterizan por tener una baja autoestima, inseguridad y dependencia, por lo cual necesitan una mujer que los ayude a no sentirse disminuidos, para negar su baja autoestima, lo cual se suma a la celotipia y a las conductas de control, motivadas por su temor a ser abandonados por su pareja. En su intervención, se busca que se asuman independientes de sus esposas, para lograr una autoimagen positiva e incrementar su autoestima,

A través de su conducta violenta, el hombre consigue descargar la tensión que no puede descargar con palabras y consolidar su superioridad sobre la mujer, a quien hace sentir que solo vale a su lado. Esta asume la inferioridad, perpetuándose la dependencia entre ambos.

Por su parte, la mujer intensifica sus esfuerzos por tener todo controlado, a pesar de lo cual es agredida, encontrando de igual forma alguna culpa en ella. Luego pensará que no puede encontrar solución por falta de inteligencia, lo cual se suma a un clima de tensión permanente. Con todo ello se produce lo que Seligman describió como “desesperanza aprendida”, “estado psicológico que se produce en los

organismos cuando estos aprenden que los acontecimientos son incontrolables” (La Morada, 1994), es decir, que sin importar lo que se haga ocurrirán ciertos resultados, en este caso, la violencia.

En la etapa de “luna de miel” la mujer necesita mantener sus creencias y mitos en relación con el matrimonio, instalándose así el ciclo de la violencia.

Se instala un vínculo vicioso: entre más le pega más enfermo está, más la necesita y más tiene que ayudarlo, con lo cual se siente valiosa y se alimenta su autoestima deteriorada.

De esta forma se pueden describir diferentes aportes a la comprensión tanto en relación con el ciclo de la violencia como en relación con los procesos de discriminación que involucran conductas en este sentido, procesos ambos ya descritos con anterioridad.

Desde el *modelo cognitivo* que “estudia las estructuras y los esquemas cognitivos, formas de percibir y conceptualizar el mundo; comprende el paradigma personal” (Aumann, 2003. p. 242), este modelo considera el proceso de construcción de la realidad, y la terapia basada en el tiene como objetivo la reestructuración cognitiva.

En la familia donde existe violencia hay rigidez en la forma de definir lo masculino y lo femenino. Los hombres agresores se basan en mitos o estereotipos de género para tener una posición y, un estatus jerárquico superior, que les permita el control y el dominio sobre la mujer.

Estos sustentan sus creencias en “cogniciones distorsionadas”, que no admiten revisión. Muchos ponen en la mujer todo el poder de hacerlo reaccionar, como un ser inerte que espera que lo molesten para maltratar. A la base de estas distorsiones cognitivas, Beck examina diversos mecanismos (Corsi, 2003):

- Inferencia arbitraria: distorsiona significados, llegando a conclusiones propias frente a datos de la realidad, sin evidencia suficiente de las conductas ajenas. Ej: llega a casa y la comida no está lista, infiere que la mujer ha estado coqueteando con otros hombres.
- Abstracción selectiva: selecciona entre todos los elementos de la realidad aquellos que tiene a su disposición, según su paradigma personal y que confirman su hipótesis previa. Ej: Todas las mujeres engañan a sus maridos, el saludo del vecino a su mujer se lo confirma.
- Generalización selectiva: establece leyes generales a base de incidentes aislados (términos como todo, nunca, nadie, nada, siempre, todos), Ej: “Todos nos quieren separar”.

- Maximización: exagerar la magnitud de un suceso. Ej: El que la comida este sin sal es terrible y gatilla la violencia.
- Minimización: restarle importancia a un hecho, generalmente los actos violentos. Ej: Si los golpes no fueron tantos, ella exagera.
- Pensamientos dicotómicos: percepción de la realidad en términos antinómicos, pensamientos extremistas de todo o nada. Ej: Si no quiere estar con él, ella no lo quiere.
- Personalización: interpretación de los datos de la realidad autorreferencialmente. Ej: Si llega a casa y no están, lo hicieron para molestarlo.

Desde el *modelo psicodinámico*, que “estudia la dimensión intrapsíquica: desde emociones, ansiedades y conflictos conscientes a los inconscientes del psiquismo” (Aumann, 2003, p. 242). Considera que en el proceso de justificación los hombres que ejercen violencia pueden usar la negación de su responsabilidad sustentados en argumentaciones y racionalizaciones.

En las familias en las que se ejerce violencia, las identificaciones suelen darse con las figuras más fuertes, es decir, con el agresor, lo cual se relaciona con la transmisión generacional de la violencia familiar, pero también con lo ya descrito en relación con la identificación de la mujer con el agresor a fin de mantener algún grado de control.

En los antecedentes de quienes ejercen violencia se encuentran generalmente situaciones de abandono o abuso grave, tienen dificultades en la constitución de la subjetividad y en la constitución narcisística del yo, identificándose con el agresor como forma de pertenencia y filiación a un grupo dominante y diferenciarse de los inferiores y dependientes. Se suman la gravedad de los sucesos vividos en la infancia y la imposibilidad de tener un registro psíquico de ellos; no pueden poner en palabras ni conectar con sentimientos las situaciones violentas.

En su discurso se observa restricción emocional, racionalización de sentimientos e inhabilidad para comunicarse: tratan de generalizar o minimizar sus acciones con el fin de justificarlas.

Externalizan la culpa a sus parejas, también en su afán de justificarse, presentándose como “víctimas”.

El *modelo interaccional-comunicacional*, inserto en la perspectiva sistémica, “se refiere a las pautas de relación y de comunicación interpersonal” (Aumann, 2003, p. 242). Sus objetivos terapéuticos son la modificación de estas pautas o patrones.

La familia es un sistema en constante transformación, que se adapta a las exigencias sociales que varían en el tiempo, asegurando a sus miembros una continuidad y un crecimiento psicosocial, a través de un equilibrio entre la tendencia homeostática y la capacidad de cambio (Corsi, 2003). La familia tiene la intención (aunque sea inconsciente) de la permanencia, regulando su homeostasis a través de la retroalimentación (La Morada, 1994).

Cuando se presenta un comportamiento patológico en un miembro de la familia, esta tiende a mantener reglas (definiciones de la relación) cada vez más rígidas con el fin de mantener la homeostasis (Corsi, 2003).

Asimismo, las conductas que nos parecen estáticas en las familias, muchas veces se constituyen y se realizan cotidianamente a través de esfuerzos tremendamente importantes para los miembros involucrados. De esta forma, es importante considerar para la intervención, que no es posible un cambio sin que a la vez exista permanencia de algunos elementos, y viceversa (La Morada, 1994).

El sistema familiar desempeña y diferencia sus funciones a través de subsistemas; aparecen nuevos y han de trazarse nuevas líneas de diferenciación en diferentes etapas su evolución. Los límites de los subsistemas han de ser firmes y flexibles para lograr al mismo tiempo permanecer y cambiar, según lo ameriten las circunstancias (Corsi, 2003). A partir del tipo de definiciones de funciones que existen en los subsistemas, es posible comprender la aparición de síntomas (La Morada, 1994).

Si en el sistema familiar existen límites muy difusos se hace difícil la distinción de funciones internas, y si son muy rígidos se puede llegar al autoritarismo y a la imposibilidad de flexibilizar roles. Ninguno de estos polos es beneficioso para la familia (La Morada, 1994).

En la familia patriarcal, el padre está en la cima del poder como "jefe de familia". Es un sistema jerárquico en que se genera una relación asimétrica con roles complementarios generalmente rígidos, delineados en torno a estereotipos de roles sexuados del tipo mujeres sumisas y hombres autoritarios (Corsi, 2003; La Morada, 1994).

Además, es posible verificar la ocurrencia de fenómenos como la descalificación (un interlocutor desestima el mensaje del otro mediante gestos o actitudes), o la desconfirmación (uno omite a la otra persona como tal) (Corsi, 2003).

Como aspectos interaccionales en el hombre violento se encuentra el aislamiento social afectivo. En su socialización ha incorporado la regla de no compartir sus sentimientos con otros, dado que su manifestación la asocia con debilidad, lo cual sumado a la inhabilidad para resolver conflictos de forma no violenta, el miedo a la

soledad, y la inseguridad, provoca su aislamiento como parte de un sistema circular (Corsi, 2003).

En relación con lo anterior, se puede observar una baja capacidad de metacomunicar, ya sean conflictos, ambigüedades y contradicciones que se dan al interior de la pareja, de forma que, la agresión podría ser vista como un “*acting*” que da cuenta de ello (La Morada, 1994).

Por otra parte, se pueden observar rigidizaciones en las concepciones de víctima-victimario, lo que puede contribuir a la mantención de esta forma de relación. En este sentido, muchas veces las soluciones intentadas se vinculan con esta definición (La Morada, 1994).

Asimismo, la socialización de género conlleva conductas tendientes al control y dominio de hombres sobre mujeres, estableciéndose relaciones de dependencia, lo cual ya ha sido descrito con anterioridad (Corsi, 2003).

Según diversos autores resulta necesario considerar una *perspectiva integral* en el abordaje de la violencia doméstica.

Según la psicóloga Vera Patricia Yagupsky, en Argentina es difícil abordar una temática sin apartarse de una teoría clásica, sin embargo, es necesario dar un salto más allá, con el fin de encontrar abordajes técnicos específicos para situaciones que requieren, en la mayoría de los casos, una instrumentalización en la emergencia. Considera que “El quehacer intelectual al servicio de una praxis puede y debe ser discutido si con ello mejoramos el bienestar de la población entre quienes asisten en busca de nuestros servicios” (Yagupsky, 1992, p.236).

Según la misma autora, una dificultad en el abordaje teórico de la violencia familiar, es el hecho de que los psicólogos vemos transcurrir nuestro quehacer entre diferentes posturas teóricas, las cuales se validan dentro de su propio mundo. Se obliga a adherirse a una definición y a no considerar otra. “Con ello ganamos en profundidad dentro del mismo abordaje, pero perdemos la línea del horizonte; esto conlleva una pérdida bastante grande para quien, en posición de paciente, trata como puede de transmitir algo de lo que sucede” (Yagupsky, 1992, p.236).

2.1.8 Prevalencia

Los estudios de la OMS y la OPS sobre prevalencia de la violencia conyugal, señalan que “entre el 15% y el 52% de las mujeres alguna vez casadas ha experimentado una forma de violencia física por parte de sus parejas” (Heise, 1994 citado en SERNAM, 2002 p.9).

En Chile en 1992 recién se hizo el primer estudio de prevalencia, este arrojó que una de cada cuatro mujeres- casadas o convivientes- vivía violencia de parte de su pareja, a través de lo cual se pudo llevar el tema al plano de lo público (Larraín, 1994).

La magnitud de la violencia doméstica no ha disminuido, a pesar de la apertura social del tema, dándose a conocer las consecuencias que tiene no sólo para las mujeres, sino para toda la sociedad. En nuestro país se han realizado estudios que revelan que la violencia afecta el desarrollo integral de las personas en todos los ámbitos: salud física y mental, acceso y éxito en la escuela, acceso y permanencia en el trabajo remunerado y en el monto de las remuneraciones (Reyes, citado en Quijada y Riffo, 2002).

Son varios los estudios de prevalencia que se han realizado en el país durante estos años, sin embargo habitualmente sus metodologías de investigación han presentado diversas carencias que han hecho imposible la comparación estadística con la suficiente validez, pero, por su parte, fueron un gran aporte a la comprensión del fenómeno en Chile.

Un estudio fuertemente validado es el realizado por el Centro de Análisis de Políticas Públicas de la Universidad de Chile (CAP), por encargo del SERNAM, quien realizó la investigación llamada: "Detección y análisis de la prevalencia de la violencia intrafamiliar", publicado en junio del 2002. Esta presenta resultados referidos a mujeres de entre 15 y 49 años, actual o anteriormente casadas o convivientes, en la Región Metropolitana y la Región de la Araucanía (SERNAM, 2002^a).

En ambas regiones, aproximadamente el 50% de las mujeres ha vivido violencia en su relación de pareja, resultados que son semejantes a otros estudios realizados con anterioridad. Por lo tanto, por su magnitud y relevancia, se plantea que la intervención en violencia doméstica debiera considerarse como prioritario en el diseño de políticas públicas en Chile.

Este estudio se basó en un protocolo para la investigación de la prevalencia de la violencia contra la mujer creado por la O.M.S. en 1996, adaptado a los requerimientos y a la realidad chilena, y utiliza definiciones operacionales que se mencionarán por ser de utilidad para describir cada tipo de violencia, y que son las consideradas por el SERNAM. Estas son:

- **Violencia psicológica:** Situaciones en que la pareja actual o cualquier otra pareja haya tenido cualquiera de los siguientes comportamientos en varias ocasiones:
 - Insultado o hecho sentir mal.

- Menospreciado o humillado frente a otras personas.
 - Hecho cosas a propósito para asustarla o intimidarla.
 - Amenazado con herirla o a alguien importante para ella.
- **Violencia física:** Situaciones en que la pareja actual o cualquier otra pareja haya tenido una o más veces alguno de los siguientes comportamientos:
 - VIOLENCIA FÍSICA LEVE:* - Abofeteado o tirado cosas que pudieran herirla.
 - Empujado, arrinconado o tirado el pelo.
 - VIOLENCIA FÍSICA GRAVE:* - Golpeado con su puño o con alguna cosa que pudiera herirla.
 - Pateado, arrastrado o dado una golpiza.
 - Intentado estrangularla.
 - Intentar quemarla o quemado.
 - Amenazado con usar o haber usado un arma, pistola o cuchillo en contra de ella.
 - **Violencia sexual:** Situaciones en que la pareja actual o cualquier otra pareja haya tenido una o más veces alguno de los siguientes comportamientos:
 - La forzó físicamente a tener relaciones sexuales cuando ella no lo deseaba.
 - Quiso tener relaciones sexuales cuando ella no quería y ella lo hizo por miedo a lo que él le podía hacer.
 - La forzó a realizar un acto humillante o degradante para ella.

Respecto a estas distinciones, cabe destacar que en los centros de salud del Estado suelen utilizarse instrumentos diagnósticos que distinguen entre tipos de violencia, en psicológica, física, sexual y económica; y entre gravedad de violencia, en leve, moderada y leve.

Considerando tan solo a las mujeres actual o previamente casadas o convivientes de la Región Metropolitana, “cuatro de cada diez mujeres han vivido violencia psicológica, una de cada tres, violencia física, y más de una de cada diez, violencia sexual” (SERNAM, 2002a, p.66).

Por otra parte, las denuncias de maltrato de mujeres por sus parejas han aumentado casi al doble entre 1995 y 1999, y los programas de atención directa a personas que viven VIF crecieron de 1 a 12 en el ámbito público y de 2 a 8 en el ámbito privado entre 1990 y 2000. Aún así, sigue existiendo una gran sobredemanda, para lo cual los servicios de atención presentan grandes déficit (Reyes citado en Quijada y Riffo, 2002).

Otro dato relevante es el que se menciona en un estudio en la Región Metropolitana que “estableció que en promedio las mujeres denuncian después de siete años de sufrir violencia y que una de cada dos mujeres, del grupo mayores de 15 años actual o anteriormente casada o conviviente, ha sido víctima de algún evento de agresión por parte de su pareja” (La Morada, 2004 p. 29).

2.2 Intervención en violencia doméstica en Chile

2.2.1 Historia

En Chile, en la década de los 80, la lucha de las organizaciones de mujeres se concentró en la sobrevivencia, los derechos humanos y la búsqueda de familiares de detenidos desaparecidos. El tema de la violencia dentro de la familia, en específico de la violencia doméstica, comenzó a ser abordado recién en 1985 por mujeres organizadas y ONG, ejemplos de estas son la “casa Sofía” y la casa de la mujer “La Morada”.

Son los movimientos feministas, los que tienen mayor injerencia en problematizar y denunciar la violencia contra la mujer al interior del sistema familiar, como una situación de carácter cultural y social, que ha de ser afrontada por la sociedad. Este proceso se enfrentó a grandes dificultades por el hecho de problematizar una realidad que por siglos había sido vivida como normal o natural. Asimismo, son las teorías feministas las que acuñan el término de violencia doméstica, para nombrar las agresiones que se dan entre un hombre y una mujer al interior de la relación de pareja (La Morada, 1994).

El 25 de noviembre, que hoy se conoce como el Día Internacional de la no Violencia contra la Mujer, surgió a partir del primer encuentro feminista latinoamericano y del Caribe realizado en Colombia en 1981. A partir de las iniciativas de estos grupos se conformaron redes nacionales contra la no violencia. Asimismo, surgieron desde organizaciones sociales y ONG de mujeres, variadas experiencias de intervención en latinoamérica (La Morada, 1994).

En Chile, dado que se estaba en dictadura y las movilizaciones estaban dirigidas mayormente a su derrocamiento, no se conmemoró el 25 de noviembre hasta 1986, aún enfrentándose a la represión policial y política. Recién con el proceso de transición a la democracia, desde 1988, se hizo más posible develar esta problemática en el país, y se ha planteado la búsqueda de objetivos más concretos, como que se legisle al respecto.

A partir de 1990 existe un creciente proceso de instalación social y

sensibilización frente al problema, con lo cual a la vez se ha hecho necesaria la implementación de programas, proyectos y espacios para acoger en sus demandas y necesidades a las mujeres afectadas. Todo lo cual hizo necesario el desarrollo de conocimientos y herramientas de intervención, que en su práctica no estuvo exenta de dificultades dada la falta de experiencia y la intensidad de la demanda antes inexistente. Esto motivó la investigación y la construcción de conocimiento. Ejemplo de esto es el “Primer encuentro sobre Modelos Teóricos y Metodológicos de Intervención en Violencia Doméstica”, realizado en Santiago, los días 7 y 8 de noviembre de 1990, experiencia registrada en un libro con el mismo nombre editado por La Morada, el Instituto de la Mujer y SEPADE (La Morada, 1994).

2.2.2 Políticas públicas

Desde el ámbito gubernamental, con la vuelta a la democracia, se creó un Ministerio de la Mujer, el que, con posterioridad, se transformó en el SERNAM, creado por el Gobierno de Chile para promover la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, por la ley N° 19.023, publicada el 3 de enero de 1991. Desde sus inicios, una de sus importantes preocupaciones fue desarrollar estrategias que condujeran a la disminución de los índices de violencia doméstica en el país (SERNAM, 2006).

El objetivo del SERNAM y del Programa de Prevención de la Violencia Intrafamiliar es “Proponer e impulsar medidas, programas y políticas públicas, inspiradas en una perspectiva de género, específicamente en el abordaje en la atención de personas que viven violencia intrafamiliar y la prevención del problema” (Barría, citado en Seminario, 2002, p. 22).

Desde el estado se han desarrollado diversas estrategias que apuntan a problemas específicos, como son: Visibilización y sensibilización social del problema como social y público; coordinación intersectorial, incorporación de otros Ministerios, servicios y la sociedad civil y consolidación de una atención integral (Barría, citado en Seminario, 2002).

A partir del 2000, el SERNAM desarrolla el proyecto “Centros de Atención Integral y Prevención en Violencia Intrafamiliar”, aprobado por el Ministerio de Hacienda, haciendo posible destinar recursos públicos a la “atención integral, multidisciplinaria y especializada a las víctimas de violencia intrafamiliar”. En el año 2001 se comenzó la instalación del programa y al año 2006, se encontraban habilitados en el país 29 centros (a lo menos uno por región y cinco en la R.M.) (Barría, citado en Seminario, 2002; SERNAM 2004; SERNAM, 2006).

Desde las organizaciones no gubernamentales que trabajan con mujeres, el

SERNAM ha sido y es producto de críticas, por el hecho de permanecer completamente desligado de estas, careciendo de diálogo e interlocución con el mundo de la mujeres, además de poner su énfasis en la familia antes que en las relaciones de género. Sin embargo, de igual forma se le reconoce su relevancia en la visibilización de la discriminación y el desarrollo de programas específicos de “violencia intrafamiliar” (La Morada, 1994).

Por su parte, el SERNAM hoy en día plantea como uno de sus productos estratégicos el “enfoque de género instalado en las políticas públicas y sociales”, que plantea trabajar “en el desarrollo de iniciativas orientadas a la transversalización del enfoque de género en el quehacer del Estado, mediante el seguimiento de los compromisos del Plan de Igualdad de Oportunidades entre Hombres y Mujeres, de los acuerdos internacionales, y en la formación y capacitación de funcionarias y funcionarios públicos del nivel central, regional y local. Asimismo plantea como uno de sus objetivos estratégicos trabajar “para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de las mujeres y sus familias, mediante el desarrollo de acciones tendientes a superar situaciones vinculadas a la violencia intrafamiliar, a la violencia de género y a facilitar el ejercicio de sus derechos en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, ratificados en los acuerdos internacionales que ha firmado el Estado chileno” (SERNAM, 2006).

En el objetivo planteado se muestra cómo el SERNAM concibe por separado la violencia intrafamiliar y la violencia de género, no incluyendo la VIF como una muestra más, particularmente grave, de la violencia de género.

Además, el Estado de Chile ha ratificado diversos tratados internacionales que tratan de cierta forma el problema de la violencia familiar como una violación de los derechos humanos, algunos de estos son:

- La Declaración Universal sobre los Derechos Humanos.
- En 1989, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW).
- En 1996, la Convención de Belem Do Pará, que apunta a prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer.

La CEDAW constituye un hito al señalar que “el Estado tiene responsabilidad tanto por la discriminación en la esfera pública como la privada” (CEDAW citado en Casas, 2004, p.20).

Por su parte, la Convención de Belem Do Pará ha abordado con mayor fuerza el tema de la violencia doméstica, con un planteamiento de género.”Establece en su preámbulo el reconocimiento de los Estados Partes de que la violencia contra la mujer

es un atentado contra sus derechos y su dignidad humana, lo que impide su pleno desarrollo individual como social, y que es un acto que trasciende todos los sectores de la sociedad, independientemente de su clase, raza o grupo étnico, nivel de ingresos, cultura, nivel educacional, edad o religión” (SERNAM, 2002, p. 124).

2.2.3 Leyes

La Constitución Política chilena comienza declarando a la familia como núcleo fundamental de nuestra sociedad y que el Estado debe protegerla y fomentar su fortalecimiento. Además, se aseguran los derechos a la vida y a la integridad física y psíquica de toda persona. De esta forma, dispone el marco jurídico esencial para que todo chileno(a), “pueda desarrollarse libre de todo acto u omisión público o privado que atente en contra de su vida o integridad física y psicológica” (SERNAM, 2002, p.120), lo cual se suma al principio de igualdad ante la ley y la justicia.

En agosto de 1994 se promulga en Chile la ley N° 19.325, que sanciona hechos de violencia intrafamiliar, ley que reconoce los tipos de violencia y rompe con el paradigma de que este es un problema privado y al margen del derecho (Reyes, citado en Quijada y Riffo, 2002). Además, en la regulación se cuenta con la legislación penal que no considera un tipo especial para los actos de VIF (Casas, 2004).

Esta ley fue un primer paso desde la legislación del Estado en contra la violencia contra la mujer, sin embargo, el solo desarrollo en la legislación no erradica los comportamientos discriminatorios. El sistema penal no está exento de ello, a modo de ejemplo, se ha encontrado que la intervención judicial está prejuiciada por la construcción de estereotipos sobre la víctima, por lo cual el debate más que centrarse en el delito se centraba en la credibilidad de esta, ocasionando la referida revictimización. Por su parte, el no contar con una legislación penal diferenciada significó que los operadores judiciales lo percibieran como ajeno a la esfera penal e incluso al ámbito de su competencia (Casas, 2004).

Por estos motivos entre otros, esta ley presentó en la práctica muchas limitaciones, por lo cual entró en un proceso de reforma.

En octubre del 2005, se promulgó la nueva ley N° 20.066, que sanciona la violencia intrafamiliar, que “comprende todas las formas de abuso o maltrato que afecten la integridad física o psíquica de algún o algunos de los miembros de la familia, y que sea perpetrado por otro miembro de esa familia”. Esta ley entiende a la familia en sentido amplio; comprende tanto a los parientes consanguíneos como a los afines, en toda la línea recta (padres, abuelos, nietos, suegros, abuelo de mi pareja, etc.) y los colaterales por consanguinidad y afinidad hasta el tercer grado inclusive

(hermanos, cuñados, primos). Se aplica tanto al cónyuge como al conviviente o al exconviviente (SERNAM, 2006).

Por abuso o maltrato, esta ley entiende “toda conducta que, por acción u omisión, ocasiona daño físico y/o psicológico a otro miembro de la familia” (SERNAM, 2006).

En más detalle esta ley dispone²³:

Art. 1º Objeto de la ley: Prevenir, sancionar y erradicar la VIF y otorgar protección a las víctimas de la misma.

Art. 2º Obligación de protección: Deber del Estado adoptar medidas conducentes para garantizar la vida, integridad personal y seguridad de los miembros de la familia.

Art. 3º Prevención y asistencia: El Estado adoptará políticas orientadas a prevenir la VIF, en especial contra la mujer y los niños y a prestar asistencia a las víctimas. Postula la implementación de medidas para conseguir el objetivo.

Respecto del SERNAM, esta ley lo menciona como el organismo que propone al Presidente de la República políticas públicas para el cumplimiento de los objetivos de esta ley y que formulará un plan nacional de acción en coordinación con los organismos públicos y privados pertinentes.

Como se ha mencionado, en esta ley se marca la diferencia al reconocer la convivencia y considerar el concepto extendido de familia²⁴, incluyéndose a padres de un hijo común que nunca convivieron (Art. 5º inc.2º). Considera como VIF no constitutiva de delito, los casos de episodio único de violencia psicológica y la violencia física levísima. En estos casos el tribunal competente es el juzgado de familia del territorio correspondiente a la residencia o domicilio del afectado. Para esta se contemplan situaciones de riesgo inminente, medidas cautelares, suspensión condicional de dictación de sentencia, sanciones, medidas accesorias, sanciones por incumplimiento y registro. Entre las medidas accesorias que puede dictar el juez se incluye la asistencia a programas terapéuticos o de orientación familiar.

Esta ley, a diferencia de la anterior, también regula la violencia que es constitutiva de delito, y considera como VIF constitutiva de delito todos los demás casos de violencia, desde la violencia física leve y la psicológica habitual. La habitualidad se define según número de actos y proximidad temporal de estos. Las lesiones calificadas de leves al ser cometidas en la parentalidad, pasan de forma automática a considerarse graves. En estos casos el tribunal competente es la

²³ Basado en lo expuesto por Fabiola Maldonado, Abogada Centro de Atención y Prevención en VIF de la I. municipalidad de Santiago. Docente de la Facultad de Derecho de la U. de Chile, en el Diplomado “Perfeccionamiento y desarrollo de habilidades de Intervenciones terapéuticas grupales contra la Violencia Intrafamiliar” Universidad SEK, mayo-Noviembre 2006.

²⁴ Art. 5º inc. 1º “Quien tenga o haya tenido la calidad de cónyuge del ofensor o una relación de convivencia con él; o sea pariente por consanguinidad o por afinidad en toda la línea recta o en la colateral hasta el tercer grado inclusive, del ofensor o de su cónyuge o de su actual conviviente”

Fiscalía zonal del Ministerio Público. Contempla medidas cautelares y accesorias, suspensión de procedimiento, la improcedencia de acuerdos reparatorios (recurso altamente utilizado con anterioridad por los jueces), y que el SERNAM en casos calificados represente judicialmente a la víctima.

2.2.4 Intervención

Dentro de la atención de la violencia doméstica se trabaja a diferentes niveles. Uno es la prevención, y en ella encontramos trabajo en sensibilización, talleres psicoeducativos y actividades de esta índole; otro nivel es el de reparación, que trabaja principalmente con las víctimas de violencia, y que incluye atención psicológica, social y jurídica.

Actualmente el modelo de intervención del SERNAM está orientado a la prevención y la primera acogida de las mujeres, centrándose con ello en la mujeres en específico, más que en la VIF en general, lo cual puede considerarse un avance, pero a la vez implica reducción de la atención, priorizando la prevención. (La Morada, 2004)

Existen programas de prevención de violencia intrafamiliar, a través de las oficinas regionales del SERNAM que promueven acciones coordinadas con los Ministerios de Justicia, Salud y Educación, así como con Carabineros de Chile y el Poder Judicial. Sin embargo, aún se hace muy necesario promover un cambio cultural, y contribuir a que se aborde socialmente como objeto de investigación e intervención.

Por su parte, en cuanto a la reparación, la atención a mujeres víctimas de violencia doméstica se otorga en centros de atención estatales como en los consultorios de atención primaria, en los centros de atención secundaria en salud mental COSAM, en los centros de atención de violencia intrafamiliar dependientes del SERNAM, y en programas de dependencia municipal. Desde lo no estatal, se realiza en algunos centros dependientes de diversas ONG.

Los consultorios de atención primaria y los COSAM dependen del Ministerio de Salud, el que establece programas de atención. El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del 2001 (Minsal, 2001) plantea como una de las prioridades programáticas los trastornos de la salud mental asociados a la violencia en mujeres y adultos mayores afectados por violencia intrafamiliar, para lo cual se proponen diversas acciones de salud para disminuir su ocurrencia e impacto, entre ellas se encuentran:

- En el nivel primario de atención, acciones orientadas a la pesquisa precoz de estas situaciones y brindar una atención oportuna a la persona afectada, integrando acciones de orientación social y psicológica. En esta atención debe

evaluarse el riesgo vital, la pertinencia y el momento en que el accionar de salud debe ampliarse a otros miembros de la familia.

- En el nivel secundario, estas acciones están orientadas a abordar situaciones de violencia de mayor complejidad, como la presencia de una relación de violencia de muy larga data, o con riesgo de suicidio, homicidio, o se encuentra asociada a alguna enfermedad, por ejemplo Trastorno de Estrés Post Traumático.

Asimismo, en este plan se establecen diversas atenciones primarias y secundarias. En ambos niveles se considera como normativa y orientación técnica que regula la intervención el “Manual de Apoyo Técnico para las Acciones de Salud en Violencia Intrafamiliar”, Ministerio de Salud, 1998.

En las prestaciones de atención primaria, orientadas a personas afectadas por violencia intrafamiliar, se contempla la realización de una consulta de salud mental, para lo cual se consideran 6 sesiones al año, 30 minutos por sesión, realizada por enfermera, matrona, asistente social, psicólogo u otro. Se plantean como objetivos realizar diagnóstico, modificar factores psicosociales y definir procedimientos (judiciales, policiales, etc.), y para alcanzarlos se proponen acciones de evaluación y diagnóstico psicosocial (evaluación de escalada de violencia y riesgo vital), psicoeducación (información y orientación), apoyo emocional, entrenamiento en resolución no violenta de conflictos, derivación a otras instancias de protección o apoyo, referencia a grupos de autoayuda y denuncia, si es pertinente.

Además, se contempla la realización de una “Intervención Psicosocial Grupal” la que se plantea en un trabajo de 8 sesiones, de 2 horas por sesión, con 8 participantes, encabezada por asistente social, enfermera, matrona o técnico paramédico. Se plantea como objetivo la modificación de factores psicosociales, y para alcanzarlo, acciones de psicoeducación (información para toma de decisiones), apoyo emocional, entrenamiento en recursos personales, familiares, sociales y legales para el proceso de salida de la situación de violencia, y motivación para participar en redes y grupos de autoayuda. Se cuenta con el “Manual para la Atención Primaria, Intervención Psicosocial de Grupo para el Tratamiento de la Violencia Intrafamiliar”, del 2005, donde se detalla cómo realizar este tipo de intervención.

Las prestaciones de atención especializada, orientadas a personas referidas por violencia intrafamiliar compleja y para personas agresoras referidas por Ley 19.325, contempla una consulta psiquiátrica de 4 sesiones de 30 minutos por sesión, con el objetivo de realizar diagnóstico, para lo cual consideran las acciones de evaluación y diagnóstico psiquiátrico, información, apoyo y orientación, indicación de tratamiento psicoterapéutico/psicosocial según diagnóstico, alta o referencia a equipo

de salud general.

Además se contempla: psicodiagnóstico a través de la aplicación de tests psicológicos, en una sesión de 2 horas realizada por un psicólogo clínico, y consulta psicológica, que contempla 6 sesiones al año de 30 minutos por sesión, también realizada por un psicólogo clínico, con el objetivo de modificar factores psicológicos, para lo cual se contemplan acciones de evaluación y diagnóstico psicológico, psicoeducación, apoyo emocional.

Otra prestación contemplada en este nivel es la realización de “Psicoterapia Grupal”, lo cual se plantea en un trabajo en 12 sesiones, de 2 horas por sesión, con 6 participantes, a cargo de un profesional, psicólogo clínico o psiquiatra. Se plantean como sus objetivos, desarrollar habilidades para la resolución no violenta de conflictos, redefinir roles al interior de la familia, y expresar y manejar sentimientos, y para alcanzarlos, acciones de aplicación de intervenciones terapéuticas según modelo teórico específico y plan de tratamiento de cada paciente.

Se considera que muchas veces estas prestaciones son insuficientes para tratar esta problemática debido a que son de limitada cobertura, y los centros carecen de recursos humanos y financieros suficientes (La morada, 2003 y 2004).

Como se mencionó, a partir del 2001, el SERNAM comenzó a implementar el programa “Centros de Atención y Prevención en violencia intrafamiliar”. En ellos se trabaja en atención de la violencia doméstica con equipos multidisciplinarios.

El programa de Centros de atención de VIF del SERNAM se plantea como fin “Contribuir a que el Estado y la sociedad civil se hagan cargo, crecientemente, del problema de la violencia intrafamiliar, reconociéndolo como una violación de los Derechos Humanos y asumiendo un rol activo en su erradicación” (SERNAM, 2004, p.33).

El SERNAM plantea un modelo de centros de la mujer, denominación actual de estos centros, para el período 2004–2006 que considera entre sus enfoques y perspectivas, el enfoque de derechos humanos, la perspectiva de género y los principios de participación social. Además consideran los siguientes supuestos de base (SERNAM, 2006):

- La violencia contra las mujeres como la expresión más radical de la discriminación.
- En su origen se encuentran las relaciones de jerarquía y de poder entre hombres y mujeres por el solo hecho de sus diferencias de género.
- Problemática de carácter público.

Sus líneas de acción en el espacio local son: atención, prevención,

capacitación, y fortalecimiento de redes. El equipo básico de los centros incluye: 2 jornadas completas de monitoras, 1 jornada completa de asistente social y coordinadora, 1 jornada completa de psicóloga y 1 media jornada de abogada(o).

La línea de Atención corresponde al 40% del accionar del centro, e incluye atención legal, social y terapéutica a mujeres que sufren violencia (primordialmente leve y moderada) en sus relaciones familiares, focalizándose en las de pareja.

El objetivo de la atención es “detener la situación de violencia, aminorar sus efectos y proveer los recursos necesarios para disminuir la probabilidad de reaparición” (SERNAM, 2004, p.34).

A pesar de los esfuerzos del SERNAM, un informe de prensa relata que la demanda de atención de los centros especializados del SERNAM supera en un 30% o 40% la demanda proyectada, encontrándose listas de espera de 30 días (La morada, 2003).

En general, el SERNAM plantea favorecer las metodologías de trabajo grupal, debido a que ha comprobado en la práctica que estos permiten que se perciba que los problemas de las mujeres no son únicos, que hay sensaciones compartidas, y que las respuestas son sociales, que rompen el aislamiento, y que son espacios de aprendizaje social que permiten valorar la solidaridad y las redes sociales como espacios importantes para su bienestar (Larraín, 1994).

Se considera que “los grupos de autoayuda en un servicio de mujeres golpeadas adquiere carácter terapéutico. Permiten una labor reparatoria del propio mundo interno dañado, a través del contacto/intercambio con otras mujeres con problemáticas semejantes y diferenciadas que también están en plena búsqueda reparatoria consciente” (Yagupsky, 1992, p.243).

2.3 Psicoterapia de grupo

La psicoterapia de grupo, básicamente es la aplicación de técnicas psicoterapéuticas a un grupo de pacientes. Sin embargo, esta modalidad tiene una característica particular que le otorga un potencial terapéutico excepcional, que se refiere a que el grupo mismo sirve como instrumento de cambio en las interacciones paciente-paciente. Estas interacciones vienen a sumarse a la aplicación de técnicas específicas e intervenciones por parte del terapeuta (Yalom, 1986).

2.3.1 Antecedentes de la psicoterapia de grupo

Como señala Portuondo (1972), probablemente desde que el hombre se organizó socialmente, formando los primeros grupos humanos, estos han tenido algún efecto psicoterapéutico.

El mismo autor señala que se puede mencionar a Mesmer, en el siglo XVIII, como el primero en tener alguna aproximación a lo que podría ser la psicoterapia de grupo, a través de sus sesiones de magnetismo colectivo en París, en las cuales hacía psicoterapia sugestiva de grupo a través de hipnosis grupal. Por otra parte, Schutz (1973) también refiere como precursores el drama griego y las puestas en escenas morales de la Edad Media. Asimismo Gerner (1972, citado en Schutz, 1973) “ve el grupo de encuentro como la culminación de una variedad de movimientos indígenas que se han desarrollado en América desde sus inicios hasta el presente”. (p. 6)

Shaffer (1989, citado en Salgado, 2004) señala que los grupos de trabajo social surgidos a finales del siglo XIX, pudieron ser los precursores de los modelos de terapia de grupo, aunque estos tenían un enfoque más comunitario y centrado en problemas y propósitos concretos.

El primer grupo considerado terapéutico nació en el campo de la medicina, con Joseph Pratt, en 1907, quien trabajó con un grupo de enfermos de tuberculosis, a los cuales, a través de clases, se les explicaba todo en relación con su enfermedad. Los miembros compartían un problema o síntoma y un espacio.

Pratt realizaba una especie de aproximación psicológica, inspiradora, persuasiva y de apoyo. Resalta la importancia de un clima de apoyo mutuo y de la influencia de un paciente sobre otro, (Bolgeri, 2000; Guimón, 2003; Portuondo, 1972; Salgado, 2004). Numerosos médicos se interesaron posteriormente en estas técnicas a las que se llamó procedimientos “psicodiagnósticos” (Guimón, 2003).

En 1918, Edward Lazell utilizó esa forma de trabajo con veteranos de guerra con diagnóstico de esquizofrenia, a partir de lo cual se extendió al tratamiento de desórdenes mentales (Portuondo, 1972; Salgado, 2004).

J.L. Moreno, entre 1908 y 1913, comenzó por una parte, a reunir a niños en grupo en los jardines del parque público de Augarten, Viena, para realizar representaciones improvisadas, y por otra, a ayudar a prostitutas a organizarse grupalmente. Con estas experiencias se daría comienzo a la psicoterapia de grupo de Moreno, quien en 1931 comenzó a utilizar el concepto de “terapia de grupo” (Schützenberger & Sauret, 1980).

A finales de los años 20, Trigant Burrow se interesó por la aplicación del psicoanálisis individual a grupos reducidos, en lo que llamo *Group Analysis*, y consistía en animar a los pacientes a analizar sus relaciones mutuas en términos de interacciones inmediatas más que en relación con su historia personal (Guimón, 2003).

En 1946, a través de un seminario organizado por Kurt Lewin, con Leland Bradford, Kenneth Benne y Ronald Lippit como jefes de grupo, nacieron los Grupos-T, "T" de *training*, laboratorios de entrenamiento centrados en el grupo, movimiento que se desarrolló rápidamente bajo el liderazgo de Bradford en el National Training Laboratory (NTL), donde se puso énfasis en el proceso grupal y en las dinámicas de grupo (Bolgeri, 2000; Schutz, 1973; Yalom, 1986).

Lo anterior fue complementado con las formulaciones psicoanalíticas de Bion y la escuela de Tavistock en Inglaterra, proveyendo un importante eslabón teórico entre los grupos-T y los grupos psicoterapéuticos (Bolgeri, 2000 & Shutz, 1973).

Por su parte, Bion plantea, a grandes rasgos, que en el grupo se ocupa energía en encarar la tarea propuesta, pero si este se siente amenazado se usará esta energía para defenderse de la amenaza, no pudiendo con ello realizar la tarea (De Board, 1980).

Además, el Instituto Tavistock realizó en la Universidad de Leicester en Inglaterra, en 1957 el primer laboratorio de entrenamiento, los cuales tenían gran influencia de los grupos-T del NTL (De Board, 1980).

En la década del 50 gracias a los esfuerzos de Samuel Slavson, Alexander Wolf y Emanuel Schwartz, se integraron algunos conceptos psicoanalíticos, como son los de resistencia, transferencia e interpretación a la terapia grupal.

Slavson es quien tuvo la mayor influencia a nivel internacional al adaptar el modelo psicoanalítico a grupos de niños (Guimón, 2003).

En 1952 se creó el Western Training Laboratory (WTL), parte del NTL, donde se comenzó a dar énfasis al crecimiento personal sobre las dinámicas de grupo (Bolgeri, 2000; Schutz, 1973).

En la década del 60, el término "grupo de encuentro" fue acuñado por Carl Rogers, teniendo como antecesor a los primeros grupos-T. Carl Rogers venía realizando grupos de orientación personal no directivos (*counseling groups*) desde los años 50 en la Universidad de Chicago y se interesó en los procesos de los grupos intensivos. Junto a sus colegas hicieron en 1946 y 1947 capacitaciones para la dirección terapéutica de veteranos de guerra.

Rogers centró su trabajo en el “cliente” y sus sentimientos, más que en el “consejero”, lo que se llamó “terapia centrada en el cliente” o “no directiva” (Shústzenberger & Sauret, 1980).

En 1961, Irving Weschler y Joseph Luft introdujeron en el NTL ideas de desarrollo personal a través del uso del proceso grupal, y en 1963 Robert Tannenbaum, Charles Seashore, Herbert Shepard y William Shutz, realizaron en Bethel un taller avanzado para focalizarse en el crecimiento personal y la expresión creativa (Bolgeri, 2000; Schutz, 1973).

En 1964, John y Joyce Weir guiaron el primer taller de crecimiento personal en Bethel, introduciendo técnicas no verbales en el contexto de los grupos-T (Bolgeri, 2000; Schutz, 1973).

En 1967, William Schutz diseñó los “grupos de encuentro”, en el Instituto Esalen de Big Sur, California, donde integró diferentes modalidades, que incluían técnicas psicodramáticas, comunicación no verbal, imaginería guiada, psicósintesis y técnicas gestálticas (Bolgeri, 2000; Schutz, 1973).

Luego los grupos de Chicago se orientaron sobre todo al desarrollo personal y aumento y mejoramiento de la comunicación y las relaciones interpersonales (Rogers, 1973).

A su vez, desde los años 50, Fritz Perls, Laura Perls y Paul Goodman desarrollan la terapia gestáltica. Perls en el instituto Esalen le dió formato de terapia individual realizada en grupo (Bolgeri, 2000).

A partir de lo anterior, en los años 60 hubo gran difusión del crecimiento personal e interpersonal, a través del movimiento del potencial humano, y con ello los grupos de orientación personal y la terapia grupal (Bolgeri, 2000).

Es así que, según Rogers (1973), las bases conceptuales de este movimiento en un comienzo fueron el pensamiento lewiniano, la psicología de la gestalt y la psicoterapia centrada en el cliente.

Este desarrolla el “grupo de encuentro de base” más personal y menos directivo, en que la tarea del consejero es clarificar, verbalizar y hacer objetivos los sentimientos de los clientes que según él, son capaces de autodeterminarse.

Por su parte, Schultz (1973), desarrolla “el grupo de encuentro abierto” y basa su trabajo en grupos en su “Teoría de las necesidades interpersonales”, basada en que el ser humano tiene necesidad de otros seres humanos, necesidad que sólo se verá satisfecha en concreción de una relación con otro ser humano. Considera que existen tres necesidades interpersonales básicas:

- De inclusión: necesidad de ser considerado existente y aceptado por otros, que los propios sentimientos sean importantes y significativos para los otros, y asimismo considerar a los otros.
- De control: necesidad de ser considerado con competencias y responsabilidad por los otros, y asimismo considerar a los otros.
- De afectividad: necesidad de amar y ser amado.

Si estas 3 necesidades están en equilibrio y sólo se recurre mínimamente a los mecanismos defensivos, se está en condiciones ideales para satisfacer las necesidades interpersonales. Según Schutz, cualquier grupo pasaría por un ciclo inclusión-control- afectividad, que se puede ir repitiendo.

Fase de inclusión. Cada integrante busca y encuentra el lugar que le conviene, el grupo establece sus límites, fines, composición, papeles, etc. pasando a tener un sentido de pertenencia.

Fase de control (Confrontación). El grupo se va organizando en función de qué procedimientos utilizar para tomar decisiones, compartir responsabilidades y repartirse el poder. Los grupos trabajan y se organizan internamente, satisfaciendo cada cual sus necesidades de control, influencia y responsabilidad, asumiendo diferentes roles.

Fase de Afectividad. Buscan integrarse emocionalmente al grupo, expresar y recibir manifestaciones de afecto, “contacto afectivo”. Se genera la norma en relación con la intensidad y el calor de los intercambios, según el reconocimiento entre los miembros.

Para Yalom, estos grupos tienen en común: un tamaño (entre 8 y 20 miembros) lo suficientemente grande como para alentar la interacción persona a persona, y lo justo para permitir la interacción de todos los miembros; generalmente de tipo limitado; duración de horas o días; enfocados en su mayoría en el “aquí y ahora”; alientan a superar los convencionalismos, aprecian la sinceridad interpersonal, el análisis, la confrontación, la expresión emocional vigorosa y la revelación de sí mismo; en general las metas grupales son vagas, y a menudo hay un esfuerzo implícito o explícito por lograr algún tipo de cambio, y otras veces tan solo ofrecer experiencia (Bolgeri, 2000).

Hoy en día los “grupos de encuentro”, con diferentes nombres y formatos, se han expandido a muy diversos campos de aplicación, como educación, capacitación, psicoterapia, supervisión terapéutica, crecimiento personal e interpersonal, por nombrar solo algunos (Bolgeri, 2000).

2.3.2 Grupos de encuentro y psicoterapia de grupo ²⁵

Como se sugirió, existe un proceso de evolución desde el grupo-T hasta el grupo de encuentro, y este último presentó gran convergencia con la psicoterapia de grupo o terapia de grupo, como es llamada frecuentemente. La terapia de grupo tiene su propio proceso histórico, desde los primeros ensayos mencionados (Pratt y Lazell), pasando por Moreno, quien empleó métodos de grupo antes de 1920 y acuñó el término “terapia de grupo”, masificándose luego en la segunda guerra mundial y sus consecuentes pacientes psiquiátricos, hasta su utilización en la década de los años 50 para diferentes problemas clínicos, con lo cual se exploraron las implicaciones de las teorías en esta modalidad de trabajo.

En la década de los años 70 surgió un importante intercambio entre grupo de encuentro y terapia de grupo. Se habla de terapia de grupo para “normales”. Los facilitadores de los “grupos de encuentro” consideraron que los participantes tenían una experiencia terapéutica, y aún más, que no hay diferencia entre desarrollo personal y psicoterapia.

Por su parte los psicoterapeutas se alarmaron ante estas afirmaciones y buscaron regular esta práctica y hacer responsables ante la ley a los facilitadores de los efectos desfavorables que pudieren sufrir los participantes.

Aunque la reacción fue desmedida, como una reacción ante una amenaza a su territorio, esta se justificaba por algunos excesos ocurridos en los “grupos de encuentro”, que funcionaban sobre una base de “si algo es bueno, más es mejor”, traducido en excesiva revelación de sí mismo, prolongación de la participación, expresión de sentimientos y en generalizar la experiencia de grupo como buena para cualquiera.

Estos excesos se basan en la creencia de la no existencia de riesgos en estos grupos, sin embargo, la primera investigación controlada sobre la eficacia de los grupos de encuentro, realizada por Lieberman, Yalom y Miles en 1973, mostró que había un factor de riesgo significativo. Este riesgo no es tal si el jefe o facilitador tiene ciertas consideraciones como las que estos autores encontraron, características que serán mencionadas en un acápite en relación con el terapeuta.

A pesar de lo anterior, ha habido un intercambio constructivo entre los grupos de terapia y los “grupos de encuentro”, llegando a tener bastante convergencia en relación con ciertas bases, como las siguientes:

²⁵ Este tema es abordado según lo que refiere Yalom (1986).

- *Desarrollo de potencialidades positivas del individuo.* Hoy la actual meta del “grupo de encuentro” apunta al total desarrollo del individuo, y por otra parte, se presenta al terapeuta como un facilitador, en el sentido de eliminar obstáculos y facilitar aprendizajes.
- *Metas de resultados.* Los cambios esperados son semejantes, la única diferencia es la remisión de síntomas en psicoterapia.
- *Enfoque supraindividual.* Este enfoque en un principio era solo de los grupos de encuentro, luego también fue consideración de los grupos de terapia, a su vez, los grupos de encuentro, que en un principio solo consideraban el proceso grupal, también consideraron las metas personales.
- *La composición del grupo.* Los psicoterapeutas ya no solo tratan a individuos con problemas mentales graves, sino también individuos bien adaptados con problemas menores, que buscan psicoterapia.
- *El mal social común.* En ambos se aprecia la revelación de sí mismo, en la cual el contenido es similar: soledad, confusión y alienación. Estos males del mundo actual se relacionan con la disolución de la grupalidad, la cual se daba a través de las instituciones, de la vida comunitaria, y hoy es reemplazada por la vida individual, por la compañía televisiva, etc. Sin embargo, como seres humanos seguimos sintiendo la necesidad de intimidad, como lo refería Schutz en su “teoría de la necesidad interpersonal”.

Además hay importantes diferencias entre la terapia de grupo y los grupos de encuentro.

Diferencias extrínsecas:

- *El ambiente.* En general el grupo de encuentro es de corta duración, y tiene un espíritu de informalidad y diversión. En cambio, el paciente de la terapia de grupo, especialmente el psiquiátrico, está más orientado a la supervivencia que a la diversión.
- *Papel del facilitador.* En general, en los grupos de encuentro se tiende a ver más realísticamente al facilitador que en la terapia de grupo, ya que en esta última se tiende a idealizar al terapeuta.

Diferencias intrínsecas:

- *Más allá del mal social común.* Los “pacientes” tienen por definición una base adicional y más profunda para su alienación y disforia.

- *Orientación hacia el aprendizaje.* Las tareas requeridas en el grupo de encuentro exigen ciertas habilidades interpersonales básicas que los “pacientes” pueden no tener.
- *Diferencias antes y después.* El grupo de terapia empieza más penosa y laboriosamente, el ritmo es más lento, y finaliza una vez que cada miembro ha alcanzado su meta.

2.3.3 Tipología de las actividades grupales

En la actualidad existe en las instituciones que se ocupan de la salud mental gran variedad de actividades de grupo, las que de ser tipologizadas según todos los parámetros abarcables, se tendría un centenar de actividades en diferentes categorías lo que no sería de mucha utilidad clínica. Algunas clasificaciones útiles giran en torno a los parámetros teóricos y técnicos (Guimón, 2003).

- **Parámetros teóricos**

A.- Según objetivos a alcanzar en:

- Disminuir la excitación del sistema nervioso (meditación, entrenamiento, autógeno, relajación)
- Eliminar los síntomas (conductuales, sugestivas, hipnóticas)
- Mejorar la adaptación social (cumplimiento de tareas, adopción de *roles*)
- Autoanálisis y la modificación de la personalidad (terapias psicoanalíticas)
- Estimular la expresión de las emociones (*gestalt therapy, scream therapy, psicodrama*)

B.- Según las diferentes orientaciones teóricas:

Una investigación realizada entre los terapeutas grupales suizos, establece que de cada 10 terapeutas entrevistados, 6 indican una sola referencia teórica y 4 indican referencias múltiples (Ehrensperger, 2002 citado en Guimón 2003).

En los grupos de orientación teórica única, de mayor a menor porcentaje de frecuencia se encuentran:

Los de orientación solamente psicodinámica son de larga duración, principalmente en servicios ambulatorios y a menudo conducidos por psiquiatras, con pacientes con trastornos diversos entre ellos, trastornos de personalidad, trastornos de ansiedad, psicosis, y algunos para niños.

Los de orientación solamente cognitivo-conductual son de corta duración, compuestos por adultos y en servicios ambulatorios.

Los de orientación únicamente sistémica, más frecuentemente de corta

duración, a menudo para adolescentes y con la participación de la familia y en lugares no médicos.

Los de orientación humanista, casi siempre dirigidos por psicólogos y en práctica privada.

Los grupos de orientación múltiple se caracterizan por una duración generalmente corta, son poco comunes en los servicios ambulatorios y frecuentemente incluyen a la familia.

Guimón (2003), considera que las diferencias teóricas entre los psicoterapeutas son menos que las similitudes y que hoy existe una tendencia hacia la convergencia de las diferentes orientaciones en la psicoterapia grupal, en la dirección a un modelo genérico.

- **Parámetros técnicos**

- a.- *Psicoterapia de grupo:*

La primera distinción necesaria es el calificativo de psicoterapéutico, si se define psicopatología como “Ciencia que estudia las perturbaciones de la conducta y la experiencia del ser humano, las psicoterapias deberían ser definidas como los abordajes destinados a mejorarlas” (Guimón, 2003 p. 62).

Sin embargo, diferentes orientaciones teóricas definen de forma diferente lo que es psicopatología y psicoterapéutico, por lo que se deduce que la consideración de psicoterapéutico o no de un determinado grupo va a depender de dónde nos situemos para hacerlo, es decir, si queremos tipologizar a un grupo, de una determinada orientación hay que considerar las propias definiciones de aquella orientación.

En términos genéricos, Strotzka (1975, citado en Jiménez, 1994) define *Psicoterapia* como:

Un proceso interactivo, generalmente verbal, pero también no verbal, que en forma consciente y planificada busca modificar los trastornos conductuales o estados de sufrimiento psíquico. Este proceso es llevado a cabo, hasta donde sea posible, dentro de un consenso entre un terapeuta, un paciente (o un grupo de ellos) y su grupo de pertenencia, y está dirigido a individuos que tienen necesidad de tratamiento. Este proceso se desarrolla con un objetivo definido, que debiera ser compartido, en la medida de lo posible, por los participantes en él. La psicoterapia se realiza a través de técnicas que pueden ser aprendidas, basadas en una teoría de la conducta normal y patológica. Este proceso se apoya de regla en una relación emocional entre los participantes (pp.7-8).

De esta forma, para que un grupo sea considerado como psicoterapéutico debe estar a cargo de especialistas que hayan adquirido el conocimiento teórico en lo que respecta a la génesis de los trastornos y los mecanismos implicados en su modificación, y que traten de prever y evaluar los resultados de su intervención, es decir, deben ser conducidos por psicoterapeutas (médicos, psicólogos u otros), que además tengan formación de grupo, y se adscriban a uno o varios modelos teóricos (Guimón, 2003).

b.- Trabajo grupal:

Foulkes (1948) alude con ese nombre a los grupos que se encuentran, en su mayoría, en los servicios de salud. Están a cargo de personas que trabajan en el área de salud mental (enfermeros, psicomotricistas, asistentes sociales, etc.). Con modelos y formación variables, en general ayudan al paciente a reencontrarse con su realidad exterior y con el placer. Según estudios en terreno, realizados en EEUU, Suiza y España, estos están directamente relacionados con el hospital y con los pacientes en crisis. En su mayoría, en los hospitales psiquiátricos y en estructuras intermedias se hacen con “mediadores” y ayudan a los pacientes a conectarse con la realidad exterior y a estructurar sus jornadas (Guimón, 2003).

En las estructuras intermedias ya aparecen los grupos de psicoterapia, basados en teorías analítica, sistémica o cognitiva.

En esta investigación se encontró que, en la práctica las(os) facilitadoras(es) de estas actividades grupales, además, categorizan a estas como intervenciones grupales psicoeducativas, psicosociales o comunitarias.

c.- Grupos con enfoque psicoeducativo:

Psicoeducación se define como “un tipo de intervención, un instrumento, que puede estar dirigido tanto a la prevención, como a la asistencia y rehabilitación en salud, y que tiene como objetivo proteger a las personas implicadas en la situación, moderando la ansiedad generada a partir del desconocimiento y/o desinformación, posibilitando el acceso a conductas más adaptativas, menos ansiosas, y de este modo elevar la calidad de vida de las personas” (Arévalo y Maldonado, 2003, citado en Arraigada y Thiers, 2005 p. 53).

Por lo tanto, los grupos psicoeducativos apuntan a entregar conocimiento o información a sus participantes, a través de diversas metodologías y con el fin último de elevar su calidad de vida.

d.- Grupos con enfoque comunitario y/o psicosocial:

Las intervenciones comunitarias se basan entre otros en la Psicología Comunitaria, disciplina que “acentúa la importancia de la perspectiva ecológica de la interacción, sosteniendo la posibilidad de mejorar la adaptación entre las personas y su ambiente mediante la creación de nuevas posibilidades sociales y a través del desarrollo de recursos personales en vez de hacer hincapié exclusivamente en la superación de las diferencias de los individuos y las comunidades” (Rappaport, 1977, citado en Montero, 2004, p. 70).

Esta definición está en el campo psicosocial, que como su nombre lo indica coloca a su objeto en la interfase entre lo individual y lo social, lo psicológico y lo social, en la consideración de que existe un continuo entre ambos y que resulta necesario para cualquier intervención y en particular las dirigidas hacia problemáticas de origen psicosocial como lo es la violencia doméstica, abarcarlas desde esta doble mirada, entre el enfoque microsocioal y el macrosocioal.

Al respecto Montero define psicología comunitaria como “la rama de la psicología cuyo objeto es el estudio de los factores psicosociales que permiten desarrollar, fomentar y mantener el control y poder que los individuos pueden ejercer sobre su ambiente individual y social para solucionar problemas que los aquejan y lograr cambios en esos ambientes y en la estructura social” (Montero, 2004, p.70).

En base a lo anterior, para esta tesis se considerará comunitario y psicosocioal como homólogos.

Los grupos psicoeducativos y los grupos psicoterapéuticos, presentan algunas diferencias fundamentales, según Martínez²⁶ (2006) tienen objetivos completamente diferentes, en los primeros los objetivos son más bien didácticos y de apoyo, en cambio en los segundos los objetivos apuntan a lo reparatorio y creativo. Asimismo, en los psicoterapéuticos el énfasis suele estar en la interacción entre los miembros y suelen no tener agenda predeterminada, en cambio en los psicoeducativos hay un énfasis en la interacción del facilitador y suelen tener agenda determinada, por lo mismo el rol del facilitador suele ser más directivo a diferencia que en los psicoterapéuticos que se centran más en la interacción.

Finalmente todas estas categorías se superponen, pudiendo ser una intervención grupal a la vez psicoterapéutica, psicoeducativa y psicosocioal.

En relación a lo anterior, Jorge Gissi, (1993) considera que existe una importante interdependencia y necesidad de recíproca iluminación entre psicoterapias

²⁶ señalado por Josefina Martínez, en el Diplomado “Perfeccionamiento y desarrollo de habilidades de Intervenciones terapéuticas grupales contra la Violencia Intrafamiliar” Universidad SEK, mayo-Noviembre 2006.

y psicología comunitaria, no son excluyentes la una de la otra, ni la terapia de la prevención, ni lo social de los individual.

2.3.4 Diferentes orientaciones teóricas en la psicoterapia de grupo.

Como se mencionó, uno de los parámetros teóricos posibles son las diferentes orientaciones teóricas dentro de la psicoterapia. Las orientaciones más abarcales y frecuentemente mencionadas son las cuatro referidas. A continuación se realizará un muy breve acercamiento a estas orientaciones en lo que respecta a la psicoterapia de grupo, con la salvedad de que en la práctica se encuentra principalmente una psicoterapia de grupo integrativa, a veces con tendencia a la orientación del terapeuta pero no desde una teoría en particular en psicoterapia de grupo sino desde la orientación teórica general.

2.3.4.1 Psicoterapia de grupo humanista

Como señala Salgado (2004), el acercamiento a esta psicoterapia de grupo tuvo la novedad de incluir la visión humanista del ser humano, en relación con el énfasis en el “cliente” y lo particular de su experiencia psicológica. Por lo tanto, en esta terapia se evita la interpretación, en cambio se considera como dato principal la propia experiencia subjetiva del paciente.

Según la concepción de ser humano descrita por la psicología humanista, la terapia de grupo humanista ha de ser un proceso caracterizado por el respeto mutuo, por la intimidad, la libertad y el apoyo, y orientado a la promoción de la autoactualización, al mejoramiento de los procesos interaccionales, la activación de sus recursos y potencialidades, impulsando la transformación, la exploración, la creciente autonomía y la capacidad autogestora de los participantes y del grupo (Bolgeri, 2000).

Hobbs (1966, citado en Salgado, 2004), describe la terapia centrada en el grupo, en relación con la terapia centrada en el cliente de Rogers, con ciertas semejanzas: el clima depende de las personalidades en juego, se orienta hacia un genuino sentimiento de aceptación, una disminución de la necesidad de defenderse de la ansiedad propia de la situación de terapia, un aumento de la sensación de libertad para examinarse a sí mismo, la seguridad de la comprensión y respeto del otro, la confianza y deseo de que el individuo se haga responsable de sí mismo.

Por otra parte y como diferencia se tiene que en el grupo se plantea la

posibilidad de enfocar la adecuación de las relaciones interpersonales y proporcionar una oportunidad inmediata de descubrir nuevas y más satisfactorias formas de relacionarse, reparando así, experiencias del individuo con su grupo familiar de origen.

Otras diferencias son la posibilidad de dar y recibir apoyo sanamente, y que el grupo funciona como “facilitador social”, lo cual permite cierta apertura para hablar de eventos traumáticos.

Shaffer (1989, citado en Salgado, 2004), señala que muchas psicoterapias de grupo consideran el supuesto humanista según el cual el agente curativo en la terapia es la anulación del autoengaño en relación con la identidad del propio yo, y que esta identidad sería posible en el encuentro auténtico entre dos personas, dado por una relación “Yo-Tú”. De esta forma, el terapeuta ha de buscar el comprender y compartir su propia experiencia, develando su verdadero ser, al igual que el paciente. Así el terapeuta en ocasiones puede ser un participante más, puede entregar sus propios conocimientos y experiencias como ser humano, ayudando a los participantes a que se expresen de igual forma.

Schutz (1973) refiere ciertos principios del grupo de encuentro que pueden ser considerados como principios de la psicoterapia de grupo humanista, Estos son:

-Unidad del organismo. Se refiere a que el ser humano es una unidad que involucra diversos niveles (físico, psicológico, espiritual), los que deben estar integrados para tener un buen funcionamiento. En el grupo se trabaja con la totalidad del organismo.

-Honestidad. Se refiere a las interacciones en el grupo y con ello se potencia este aspecto en la vida, con lo cual se ahorra el gran gasto de energía que implica el ocultarse a los otros y a sí mismo. Para esto es necesario el logro del principio siguiente.

-Darse cuenta. El ser más consciente de sí mismo es un importante propósito de los participantes de estos grupos. Es un proceso continuo que implica sentir el cuerpo, saber qué se está sintiendo en cada momento, y hacerse consciente de las necesidades y motivaciones, reconocer las consecuencias de las acciones e integrar todas las partes de la persona.

-Responsabilidad y elección. Es deseable que la participación sea voluntaria (excepción suelen ser los grupos de pacientes internos), y que asuman la responsabilidad de sí mismos en su forma de estar en el grupo, lo que inicialmente puede angustiar pero luego implica mayor crecimiento.

- Naturalismo. Se refiere a confiar en el desarrollo natural del organismo y que este sabrá elegir de qué forma será mejor situarse en un determinado grupo para desarrollarse por sí mismo (autorregulación orgánica).

-*Forma de vida*. Para Schutz, estos grupos eran una alternativa a la estructura social actual, una forma de ser libre de los condicionamientos sociales. En estos se resalta la responsabilidad del individuo por lo que es y de poder cambiarlo si lo desea, y se centra en asumir el aquí y ahora. Hoy en día se aspira al menos a que las personas se hagan más conscientes de lo que no las hace completamente libres.

Dentro de la psicoterapia de grupo humanista es posible encontrar múltiples enfoques. Se hará referencia al enfoque gestáltico y al psicodrama dado que en esta investigación son mencionados.

- **Psicodrama**

El psicodrama, aunque también se ha utilizado en pedagogía y en la formación de psicoterapeutas, es esencialmente terapéutico. Moreno lo ha definido como “el hecho de representar su vida en la escena psicodramática”, o como la “realización total de la psique” (Schützenberger & Sauret, 1980, p.55).

Moreno (1961) indica que este pone al paciente en un escenario donde con la ayuda de algunos actores terapéuticos puede exteriorizar sus problemas. A través de la representación dramática, se hace una extensión de escenas reales o imaginarias, con el fin de desbloquear una situación traumatizante pasada o para afrontar una situación difícil.

En la escena psicodramática se induce al protagonista a que se viva en acción, expresándose de manera total. Además se interactúa y se invierten los papeles entre el “protagonista” y el “antagonista” (que representa los diferentes “otros” de las situaciones representadas). El ponerse en el lugar del otro puede implicar “iluminaciones comprensivas” (*insight*), transformación de sentimientos y de las situaciones mismas. Es una terapia activa, como comprensión activa de la situación, lo cual se logra debido a que favorece la catarsis, el *insight*, la toma de conciencia y la comprensión de sí y del otro, y es una terapia de las relaciones interpersonales, mediante el adiestramiento en la espontaneidad creadora (Schützenberger & Sauret, 1980).

- **Psicoterapia gestáltica de grupo**

Según Salgado (2004), esta forma de psicoterapia tiene una fuerte influencia del psicodrama de Moreno. Sin embargo, el planteamiento es distinto, ya que la psicoterapia gestáltica tiene como objetivo despertar la conciencia del paciente, “aquí y ahora”, en su continuo.

Gestalt, en alemán, significa el todo, la totalidad, y la terapia gestáltica considera que las dificultades y las neurosis, son como una “ruptura de gestalt” y de la unidad del ser. Perls, junto a Hepperline y Goodman, desarrollaron esta modalidad de terapia (Schützenberger & Sauret, 1980).

La terapia gestáltica, incluida su modalidad de grupo, tiene como objetivo restaurar la unidad del ser, de esta “ruptura de la gestalt” de la que se hizo mención. Para ello se busca reintegrar todas las partes de la personalidad, a través del uso de ciertas reglas y experiencias: Vivir el “aquí y ahora”; tomar conciencia del “cómo” más que del “porqué”; asumir la responsabilidad de lo que se es; respetar el ritmo de contacto y retirada; aceptar la frustración. En la base de este proceso está el tomar mayor contacto consigo mismo, el aumentar el grado de conciencia o “darse cuenta” de quien se es en el mundo en cada momento (Petit, 1987).

2.3.4.2 *El modelo analítico*

El psicoanálisis, a muy grandes rasgos, puede ser considerado como un proceso basado en la asociación libre y en la interpretación de todos los datos verbales y no verbales, utilizando la transferencia y la contratransferencia, y relacionando las pulsiones infantiles y los conflictos inconscientes del pasado (Blum, 1953 en Guimón, 2003).

Es claro que un grupo de terapia no ofrece el encuadre ideal para un análisis, ya que, entre otros obstáculos, se pueden generar transferencias múltiples y no es posible practicar la asociación libre. Sin embargo, la psicoterapia analítica grupal puede estar basada en diferentes enfoques teóricos (las relaciones objetales, la psicología del Yo, la psicología del *self*) y técnicos (“grupos Tavistock”, *group analysis*, etc.), incluyéndose en la llamada “psiquiatría dinámica” (Guimón, 2003).

A partir de los enfoques mencionados se han ido desarrollando diversas orientaciones teóricas con sus respectivas técnicas. A continuación se mencionarán algunos.

- **El *group analysis***

Esta teoría está impregnada de nociones gestálticas y sistémicas que se desarrollaron de forma paralela a las técnicas propuestas por Foulkes (1975, citado en Guimón, 2003):

Basada en el análisis del individuo por el grupo pequeño y en el seno del grupo,

esta técnica se centra en la interpretación de las relaciones interpersonales en el “aquí y ahora” a través de la “libre discusión flotante” (equivalente a la asociación libre). El “conductor” (así se llama al terapeuta) evita que la transferencia se centre sobre él e intenta analizarla principalmente cuando se produce entre los miembros. Los sueños sólo son interpretados cuando están en relación con el grupo. Se tiene en cuenta cierto número de “fenómenos grupales” específicos que aparecen en el transcurso de curas de larga duración (p.93).

- **Kleinianos**

Basadas en Melanie Klein y en Bion, algunos autores, principalmente argentinos y californianos, establecen esta forma de terapia de grupo.

Se propone interpretar al “grupo como un todo” y el individuo en el grupo basado en la forma en que vive la constelación dinámica colectiva. Describen diferentes *roles* en los individuos miembros del grupo: el sujeto “radar” que capta los problemas de los demás, el “historiador”, el “jefe”, etc. En general, los roles son intercambiables a lo largo de la historia de un grupo. Introducían dos coterapeutas en el grupo, separando el *rol* de la madre del *rol* del padre. Los grupos eran pequeños, de larga duración y principalmente con pacientes neuróticos o con trastornos de personalidad (Grinberg, Langer y Rodríguez, citado en Guimón, 2003).

- **La orientación interpersonal**

En estas técnicas el aprendizaje interpersonal es considerado como uno de los mecanismos curativos fundamentales.

La psicoterapia interpersonal basada en las concepciones de Klermann y Weismann, y cercana a los procedimientos analíticos, ha sido sobre todo utilizada con pacientes depresivos, con muy buenos resultados.

“El modelo de la psicoterapia de grupo interpersonal se interesa sobre todo por las interacciones y por el aprendizaje interpersonal dinámico resultante. La importancia central del grupo en tanto microcosmos social, la cohesión y el proceso grupal, la activación del aquí-y-ahora y la “experiencia emocional correctiva” son básicas en este procedimiento, así como el *rol* del terapeuta a la hora de facilitar un *feedback* interpersonal y un trabajo terapéutico eficaz. (Leszcz, 1990 citado en Guimón, 2003, p.99).

Se reclama que el término terapia interpersonal debiera reservarse para el modelo propuesto por Irving Yalom.

2.3.4.3 La orientación cognitivo-conductista

En los grupos conductistas clásicos se consideraba, que dado que los síntomas neuróticos proceden de un mal aprendizaje, debería bastar con modificar la conducta a través de técnicas como la desensibilización sistemática, la “inmersión” o la “inoculación para tratar la neurosis.

Actualmente se utilizan Principalmente técnicas más complejas, como la “técnica para el manejo de la ansiedad”. Se añaden con mucha frecuencia al tratamiento la exposición *in vivo*, técnicas de entrenamiento de la relajación diafragmática y relajación muscular.

A finales de los años 60, con los trabajos de Beck, se subrayó la importancia de la apreciación cognitiva que el sujeto tiene de la situación estresante, en el momento en el que percibe la angustia y actúa bajo su influencia, influencia que se debería a la sensación del paciente de poder ejercer cierto control sobre esa situación amenazadora (locus de control). Las técnicas cognitivas producen una disminución de la percepción de ansiedad.

En la actualidad se utiliza sobre todo las terapias de grupo breves de enfoque cognitivo-conductual, y se encuentran a la base de la mayoría de los enfoques psicoeducativos.

Beck postula una relación entre la cognición y la emoción. Esta última sería causada por la opinión que el sujeto se hace. De esta manera, al actuar sobre la cognición se podría restablecer una mejor estabilidad emocional y modificar el comportamiento (Beck, 1996; Teasdale, 1997 y Dovero, 2000, citados en Guimón, 2003).

El modelo explica la existencia de un sustrato psicológico de la depresión y de otros trastornos como la ansiedad a partir de tres variables específicas: los esquemas, los procesos y los acontecimientos cognitivos. Los “esquemas” se refieren a módulos cognitivos relativamente estables que explican la regularidad y la consistencia de las respuestas y de las interpretaciones que un individuo hace en ciertas situaciones. Estos condicionan nuestra manera de aprehender la realidad, y son elementos estables, aunque inactivos en ciertos períodos. Los “procesos” cognitivos consisten principalmente en distorsiones del pensamiento lógico, que intervienen en la interpretación de las informaciones; son reglas usadas para la selección y evaluación de los datos a disposición del sujeto. La inferencia arbitraria, la sobregeneralización, la abstracción selectiva, los “pensamientos automáticos”, son algunos de los errores de razonamiento encontrados comúnmente en la depresión.

Por su parte, se ha conseguido desarrollar técnicas grupales, que incluyen

entre otras, la reformulación de la situación angustiante con connotaciones positivas y la representación mental de nuevas formas de manejar las situaciones generadoras de angustia. No se limita a llevar al paciente a pensar de forma positiva, sino que intenta introducir una toma de distancia en relación con el modo de pensamiento inicial, que el paciente amplíe su espectro de interpretaciones de un acontecimiento y de relativizar algunas de sus creencias (Beck, Rush, Shaw y cols, 1979; Beck, Sokol, Clark, Berchick y Wright, 1992, citados en Guimón, 2003).

Es común que con este modelo se asista a la publicación de manuales de autoayuda (Cungy y Note, 1999, citados en Guimón, 2003).

- **Psicoterapia de grupo constructivista-cognitivo**

Dentro del enfoque cognitivo, el modo más actual de abarcar al ser humano está representado por este modelo, que pretende poner énfasis en la naturaleza activa y proactiva del conocimiento. Asimismo, el sujeto considerado proactivo “se genera a sí mismo en una dinámica que ocurre entre la realidad y la propia organización y estructuras del sujeto, y en donde realidad y sujeto, pasan a establecerse en una relación mutua de e indiferenciable. Esta relación del sujeto con la realidad se realiza a través de estructuras cognitivas instaladas a priori, como resultado de su particular ontogenia y filogenia, y cuya cristalización culmina en sistemas de conocimiento organizados a partir del lenguaje” (Yáñez, 2001, citado en Montt y Villarroel, 2003).

A partir de lo anterior la psicoterapia grupal se entiende como una “metodología de trabajo psicoterapéutico, que permite el despliegue de estilos personales disfuncionales o sintomáticos en grupo, al mismo tiempo que crea las condiciones que favorecen la reorganización y el cambio de los mismos. Estas condiciones están dadas por la dinámica grupal, el encuadre, y las intervenciones del terapeuta. La fuente de perturbación necesaria para el cambio, es la dinámica interpersonal en el contexto grupal y las intervenciones estratégicas del terapeuta” (Yáñez, 2003, Art. No publicado, citado en Montt y Villarroel, 2003).

2.3.4.4 El modelo sistémico

Los aportes de la teoría general de sistemas a las concepciones modernas sobre la familia han permitido un nuevo desarrollo teórico y práctico. La consideración de que los sistemas tienen un cierto isomorfismo y leyes de acción específicas, se incluye en otras orientaciones, sin embargo la psicoterapia de grupo con orientación de terapia familiar tiene sus particularidades.

En la terapia familiar, el objetivo es tornar menos rígida la comunicación entre los diferentes miembros de la familia. No se utiliza la interpretación de los fenómenos inconscientes. Las intervenciones son directas y tienen por finalidad la modificación de la rigidez del sistema, mejorando la percepción de las comunicaciones entre los individuos (con la ayuda de técnicas como *role playing*, *sculpting*, etc.). En ocasiones se usan técnicas como la connotación positiva, la prescripción de síntomas y las afirmaciones paradójicas. Las resistencias provienen del miedo del sistema frente al cambio (Minuchin, 1982, citado en Guimón).

Las técnicas grupales se utilizan con familias aisladas o con varias agrupadas. En un comienzo las intervenciones eran más radicales; hoy se han suavizado, en especial en relación a la consideración del paciente como “chivo expiatorio” de la patología familiar, lo cual en ocasiones provocaba trastornos adicionales relacionados con los sentimientos de culpa de la familia.

Además, hay que considerar que existen perspectivas o modelos que se consideran frecuentemente en las intervenciones con mujeres víctimas de violencia doméstica que provienen de la teoría sistémica. Una consideración muy habitual es el modelo ecológico antes descrito, y una perspectiva, aunque no tan frecuente, es la perspectiva transgeneracional, la cual contempla ampliamente el sistema familiar y también en parte se basa en de la teoría sistémica.

2.3.4.5 *Perspectivas integrales*

Los estudios empíricos demuestran que los diferentes modelos de psicoterapia conducen, más o menos, al mismo resultado desde el punto vista sintomático. Con frecuencia, los terapeutas eficaces utilizan una mezcla de ingredientes terapéuticos comunes que justifican después utilizando la jerga de sus diferentes modelos teóricos.

La tendencia a la integración es clara, en particular en la psicoterapia de grupo. Esto ha surgido de la práctica. Se ha tomado conciencia del hecho de que no puede aplicarse un enfoque único a todos los problemas y que los resultados de las diferentes técnicas son comparables. Todo esto ha llevado a buscar componentes comunes y poner en evidencia la importancia básica de las características del paciente y de la relación terapéutica que se establece.

Ha ido ocurriendo frecuentemente, que se han adoptado programas terapéuticos con un enfoque más bien ecléctico, que utilizan técnicas provenientes de diferentes orientaciones.

No ha sido posible conciliar entre los sistemas teóricos, con sus consecuentes contradicciones, para lo cual generalmente se establecen equipos con terapeutas de

diferentes corrientes donde cada cual aporta desde la aplicación de sus técnicas.

2.3.5 Ventajas de la psicoterapia de grupo

Perls (1975) menciona la existencia de un conflicto entre la terapia individual y la terapia de grupo, considerándose esta última como más económica pero menos eficiente. Este autor alega que esta consideración no es válida, debido a que la terapia de grupo, como se ha mencionado, tiene la ventaja de que el propio grupo puede ser un catalizador para la realización de la psicoterapia, a través de diferentes factores terapéuticos particulares que serán expuestos más adelante, los que apoyan que esta sea una terapia eficiente.

Vinogradov y Yalom (1996) afirman la eficacia comprobada de la psicoterapia de grupo frente a la individual, dado que de 32 estudios analizados, en 24 no se encontraron diferencias significativas entre ambas modalidades y en 8 se halló que la psicoterapia de grupo era más eficaz que la psicoterapia individual. Esta eficacia se ha comprobado en gran variedad de trastornos desde el comportamiento interpersonal neurótico hasta la sociopatía, el abuso de sustancias y la enfermedad mental crónica.

En la actualidad, esta modalidad se aplica a gran cantidad de clientes, tanto a pacientes “psiquiátricos”, en hospitales psiquiátricos, correccionales y centros comunitarios de salud mental como a pacientes “no psiquiátricos”, en grupos educativos y de apoyo para familiares y para individuos con enfermedades crónicas o enfermedades concretas; también en forma de grupos de autoayuda o de autoconciencia, y diversas experiencias de esta índole.

Esta gran difusión puede ser entendida como un indicador de la eficiencia de la psicoterapia de grupo, la cual tiene relación con su disponibilidad. Permite utilizar de manera más eficiente tiempo, espacio, personal, y otros recursos, para un elevado número de clientes. Incluso un estudio de Corsini y Rosenberg en 1955 ha demostrado que la psicoterapia de grupo es más efectiva que la individual (Vinogradov y Yalom, 1996).

Además, la psicoterapia de grupo presenta ventajas relacionadas con las propiedades particulares del escenario grupal, dada la gran importancia que tienen las interacciones interpersonales en el desarrollo psicológico humano. Personalidad y patrones de comportamiento pueden considerarse el resultado de las relaciones interpersonales tempranas con personas significativas, y en general la formación de vínculos, imprescindible para el desarrollo. Por otra parte, existe relación entre relaciones interpersonales distorsionadas y psicopatología, que la psicoterapia busca corregir.

En relación con lo anterior, la psicoterapia de grupo tiene como uno de sus objetivos “posibilitar que el individuo colabore con otras personas y obtenga satisfacciones interpersonales en un contexto caracterizado por unas relaciones realistas y mutuamente gratificantes” (Vinogradov y Yalom, 1996, p. 23). Aunque en la psicoterapia individual de igual forma se puede generar esta “corrección”, el grupo es un campo mayor y potencialmente más poderoso; en él, los participantes actuarán sus habituales relaciones interpersonales en diversidad, dada la diversidad de los propios participantes, pero estos además darán y recibirán *feedback* sobre el significado y efecto de estas interacciones.

Además, el potencial poder de la psicoterapia de grupo se vincula con la necesidad del ser humano de experimentar cohesión, apoyo y/o autorreflexión, en un contexto grupal, lo cual se conjuga con el hecho de que en nuestra sociedad actual, cada vez es más difícil esta expresión, produciéndose en cambio, un estado de alienación interpersonal.

Lo anterior trae consigo una sensación de aislamiento, anonimato y fragmentación social, por lo cual el escenario grupal se hace más necesario y más recurrido.

2.3.6 Factores terapéuticos del grupo²⁷

Como se ha mencionado, la psicoterapia de grupo hace uso de factores terapéuticos o curativos específicos, y aunque estos son interdependientes, para fines de análisis, Yalom (1986), los divide en once categorías básicas: 1) Infundir esperanza, 2) Universalidad, 3) Ofrecer información, 4) Altruismo, 5) Recapitulación correctiva del grupo familiar primario, 6) Desarrollo de técnicas de socialización, 7) Conductas de imitación, 8) Aprendizaje interpersonal, 9) Cohesión del grupo, 10) Catarsis y 11) Factores existenciales.

De estos factores, algunos se refieren a mecanismos reales de cambio y otros a condiciones para el cambio. Se obtuvieron a partir de referencias tanto de terapeutas de grupo como de pacientes de terapia de grupo, ambas influidas por la experiencia subjetiva del informante. Además se incluyó información surgida de investigaciones sistemáticas.

Es importante considerar que diferentes grupos utilizan distintos conjuntos de factores terapéuticos, dependiendo del tipo de grupo, la fase de la terapia y las

²⁷ Estos factores son extraídos de los textos de Vinogradov y Yalom (1996) y Yalom (1986).

diferencias individuales entre los pacientes.

1) Infundir esperanza: La esperanza es necesaria para mantener al paciente en terapia mientras otros factores hacen efecto, y esta tiene en sí misma un poder terapéutico. De esta forma, infundir y mantener la esperanza es crucial para cualquier psicoterapia, pero en grupo cumple un papel excepcional.

El observar la mejoría de los demás pacientes infunde gran esperanza respecto a la propia mejoría, lo cual ha de usarse, llamando la atención sobre la mejoría de los miembros. Asimismo es importante que el terapeuta crea en sí mismo y en la eficacia de su grupo, convicción que se transmite al grupo.

2) Universalidad: Muchos pacientes antes de ingresar al grupo sienten que sus problemas, ideas, impulsos y fantasías son únicos; sienten una sensación de aislamiento. Esta sensación se refuerza, puesto que con frecuencia estas personas están socialmente aisladas y tienen pocas posibilidades de un intercambio social franco. En la terapia de grupo, encuentran que otras personas pueden tener preocupaciones semejantes a las suyas, que sus problemas son universales, lo que les provoca gran alivio; descubren que no están solos y que su experiencia tiene una cierta validación consensual.

3) Ofrecer información: Esta puede asumir 2 formas, según los diversos tipos de terapia de grupo.

Instrucción didáctica: puede utilizarse con el fin de transmitir información, estructurar al grupo y/o explicar el proceso de la enfermedad. Generalmente se utiliza con pacientes que sufren un trastorno médico o psicológico específico, o que se enfrentan a una crisis vital. Se puede utilizar un texto, invitar a expertos y animar a los miembros a intercambiar información. Funciona como fuerza vinculadora del grupo antes que operen otros factores, pero además es un factor terapéutico en sí, dado que el ser humano evita la incertidumbre, que le provoca angustia. Con la instrucción didáctica se le puede ofrecer estructura y explicación que le proporcionará alivio.

Dar consejos: los consejos directos de los miembros del grupo siempre están presentes, particularmente en el comienzo del grupo, y aunque estos generalmente no sirven a su fin, implican y transmiten el interés y la preocupación de los demás miembros del grupo. Existen grupos en que se usan explícita y eficazmente las sugerencias y la orientación directa, como grupos de salida (alta de hospital), *Recovery Inc.* y Alcohólicos Anónimos.

4) Altruismo: En los grupos de terapia los pacientes se ayudan entre sí, y al dar reciben, no solo por la secuencia recíproca, sino porque en el dar (apoyo, seguridad, sugerencias, ideas, compartir) salen del sentimiento con el que habitualmente llegan, de no tener nada de valor que ofrecer a los demás. Con ello aumentan su autoestima. Además es útil para sacar al paciente de una obsesiva concentración en sí mismo y en sus propias cavilaciones.

5) Recapitulación correctiva del grupo familiar primario: Habitualmente los pacientes ingresan a la terapia de grupo con una historia de experiencias insatisfactorias en el seno de su familia primaria, su primer y más importante grupo. En el grupo de terapia se ofrece la posibilidad de recapitular, por lo cual los miembros pueden comenzar a interactuar tal como lo hicieron con su familia de origen. Lo importante no es sólo recapitular los conflictos familiares tempranos, sino que estos se revivan correctivamente. No se debe permitir el “congelamiento” en este sistema rígido, sino que han de examinar y cuestionarse los roles en el grupo, y alentar el ensayo de nuevas conductas.

6) Desarrollo de técnicas de socialización: El aprendizaje social, el desarrollo de habilidades sociales básicas, es un factor terapéutico que opera en todos los grupos de psicoterapia, aunque varían respecto de qué habilidades y en cuán explícito sea este desarrollo. En los grupos en que se alienta la interacción, los pacientes profundizan en el comportamiento social inadaptado gracias al sincero *feedback* que se entregan unos a otros.

7) Conductas de imitación: En la terapia de grupo los miembros se benefician de la observación de la terapia de otro paciente con problemas similares, aprendizaje vicario. Asimismo, pueden modelarse con aspectos de los otros miembros o del terapeuta. Esta conducta imitativa puede durar poco tiempo pero ayudará a “descongelar” al individuo, experimentando con nuevas conductas.

8) Aprendizaje interpersonal: Este tiene relación con varios aspectos.

La importancia de las relaciones interpersonales: estas contribuyen al desarrollo de la personalidad y a la génesis de la psicopatología. Así, estas mismas pueden ser usadas tanto para comprender como para tratar los trastornos psicológicos.

En la infancia se experimenta un prolongado período de indefensión, en el cual la satisfacción de las necesidades de aceptación interpersonal y de seguridad son

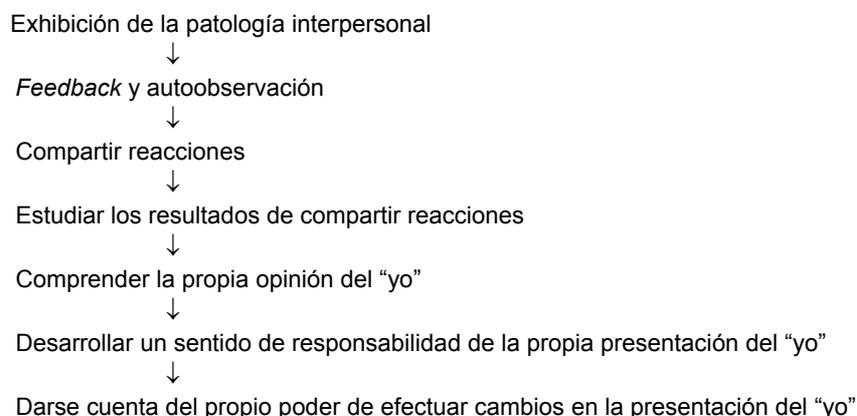
cruciales. En función de ello, el niño aprende a acentuar aspectos de su comportamiento que son aprobados y a suprimir aquellos que no lo son. Esto provoca una psicopatología cuando las interacciones con personas significativas provocan distorsiones fijas persistentes, ya sea en la forma de percibir a los demás, en la comprensión de las necesidades propias y de las ajenas y/o en la forma de reaccionar ante diversas interacciones interpersonales.

Por otra parte, generalmente los pacientes no tienen noción de la importancia de lo interpersonal, de modo que el psicoterapeuta ha de detectar los temas interpersonales desaptativos, sacarlos a la luz y hacerlos susceptibles de análisis y cambio.

Experiencias emocionales correctivas: en la psicoterapia se experimentan experiencias emocionales intensas. Para que estas sean terapéuticas se debieran entender las consecuencias de dicha experiencia, de forma que sea correctiva de la influencia traumática de experiencias previas, para lo cual es necesario que los miembros consideren al grupo lo suficientemente seguro y capaz de prestarles apoyo como para que se atrevan a expresar las diferencias y tensiones básicas, y que exista *feedback* franco suficiente como para enfrentarse eficazmente a la realidad.

El grupo como microcosmos social: el que el grupo de psicoterapia sea un ambiente adecuado para todo el aprendizaje interpersonal antes mencionado se debe a que este funciona como un microcosmos social para cada miembro. Con el tiempo en el grupo empiezan a aflorar las tensiones y distorsiones interpersonales subyacentes de cada miembro, y comienzan a actuar interpersonalmente como lo hacen en el exterior, incluida la patología interpersonal de cada uno.

Es así que, en este escenario se aprende a partir de patrones de comportamiento en este microcosmos social, a través de una secuencia interpersonal regular como la siguiente:



9) Cohesión del grupo: Es una característica esencial para el éxito de la

psicoterapia de grupo, referida al atractivo que ejercen los participantes entre sí, que implica que los miembros se acepten y apoyen mutuamente y formen en el seno del grupo relaciones significativas. Además, el pertenecer a un grupo y ser un miembro valioso, de por sí es curativo, ya que es una experiencia no habitual para los pacientes, y les ayudará también en sus relaciones en el exterior.

10) Catarsis: Aunque dar rienda suelta a las emociones se acompaña de una sensación de alivio emocional, este factor no basta por sí mismo para provocar un cambio duradero. Lo que es más importante es compartir con los demás el propio mundo interior y ser aceptado, lo que significa que se es aceptado y querido para los demás. Para que haya cambio, el proceso catártico ha de ser integrado, a través de la comprensión de su significado.

11) Factores existenciales: En la psicoterapia de grupo los miembros comienzan a comprender que hay límites para la orientación y el apoyo que pueden recibir de los otros, y que la responsabilidad última de su conducta en la vida es solo suya. Además aprenden que aunque puedan relacionarse con otros, hay una soledad básica en la existencia. También pueden aprender a enfrentar sus limitaciones y su condición mortal, lo cual es particularmente relevante en ciertos grupos de enfermos crónicos o grupos de duelo.

2.3.7 Práctica en psicoterapia de grupo

Nos referiremos en términos generales a la práctica en psicoterapia de grupo, según lo expuesto en los textos de Vinogradov y Yalom (1996) y Yalom (1986), en relación con los elementos de: el terapeuta, el grupo, el proceso y las técnicas de la psicoterapia de grupo.

2.3.7.1 *El terapeuta*

Más allá de las tareas específicas del terapeuta, es primordial que este establezca una actitud básica, una relación terapéutica de interés, aceptación, sinceridad y empatía con el paciente.

Por otra parte, el terapeuta tiene ciertas **tareas fundamentales**:

1) Creación y mantenimiento del grupo: El terapeuta o jefe del grupo es el responsable de crear y reunir el mismo; la permanencia de los miembros es una condición para que

la terapia sea exitosa. En un comienzo el terapeuta, ya que los demás no se conocen, es la fuerza unificadora. Además, el terapeuta debe descubrir y oponerse a cualquier fuerza que amenace la cohesión del grupo.

2) Elaboración de la cultura: Una vez formado el grupo, el terapeuta ha de modelarlo en un sistema social terapéutico, pero son los miembros del grupo los que ofrecen los distintos factores terapéuticos antes mencionados, por lo que en gran parte el grupo es el agente de cambio. Para ello, se han de ir generando ciertas normas grupales que favorezcan este tipo de interacciones, las cuales se van elaborando según lo que los miembros esperan, y por las direcciones explícitas o implícitas del terapeuta o líder.

El terapeuta, como especialista, puede modelar normas para el grupo. Explícitamente intenta modelar las normas al instruir respecto de ellas al grupo, y/o ser un participante que establece modelos a través del ejemplo que da con su conducta.

Hay ciertas normas que siempre es bueno establecer, como que el grupo empiece a hacerse responsable de su propio funcionamiento, que le dé importancia a la revelación de sí mismo, que funcione en una forma de interacción libre, no estructurada, que le atribuyan importancia al grupo y que se considere a todos los miembros como agentes de ayuda.

3) Elaboración e iluminación del “aquí y ahora”: Este aspecto es fundamental y tiene relación con dos aspectos: el que los miembros observen sus sentimientos hacia los demás miembros, hacia el terapeuta y el grupo, y a la iluminación del proceso, que se refiere a que los miembros del grupo han de reconocer, examinar y comprender el proceso, para que funcione el factor terapéutico del aprendizaje interpersonal. De esta forma, el terapeuta debe dirigir al grupo al “aquí y ahora” y ayudarlo a observar y comprender lo que ha ocurrido.

Por otra parte, el estudio antes mencionado de Lieberman, Yalom y Miles en 1973, indica que la eficacia del grupo depende en gran medida del **estilo del jefe o terapeuta**, según 4 funciones de jefatura básica:

- 1.- Estímulo emocional (desafío, enfrentamiento, actividad, modelado intrusivo haciendo que se corran riesgos personales y que se revele mucho de sí mismo).
- 2.-Cuidado (ofrecer apoyo, afecto, elogios, protección, cariño, aceptación, autenticidad, interés).
- 3.-Atribución de significados (explicar, aclarar, interpretar, ofrecer un marco cognoscitivo para el cambio, traducir las experiencias y los sentimientos en

ideas).

4.- Función ejecutiva (fijar límites, dar reglas, normas, metas, distribuir el tiempo, marcar el ritmo, detener, interceder, sugerir procedimientos) (Yalom, 1986, p. 486- 487).

Las funciones 1 y 4, según la investigación, ha de presentarlas el terapeuta de forma equilibrada (ni poco ni mucho), en cambio las 2 y 3, entre mayores sean, mayores serán los resultados positivos.

Por último se mencionan algunos aspectos más en relación con el terapeuta:

- **La transferencia**

Los pacientes pueden percibir al terapeuta en forma incorrecta debido a las distorsiones de la transferencia. Esta tiene un gran potencial terapéutico, ya que los demás miembros pueden examinar y evaluar la visión no realista que un miembro tiene del terapeuta. Esta puede tener como origen el afecto hacia una figura paterna temprana, o actitudes conflictivas frente a la autoridad, o atribuirle una sabiduría sobrehumana sobre la naturaleza humana que le ayude a sobrellevar la propia angustia existencial.

Es importante no prestar demasiada atención a la transferencia en detrimento del aprendizaje interpersonal; se debe hacer uso de cualquier actitud irracional adoptada por algún miembro hacia el terapeuta, sin descuidar las otras funciones. Para resolver la transferencia, el terapeuta puede usar la validación consensuada y la transparencia del terapeuta.

La validación consensuada consiste en que el terapeuta anima al cliente a comparar sus impresiones sobre algún acontecimiento que ha ocurrido en el grupo con las de los demás integrantes. Puede que estas impresiones respecto al terapeuta respondan a fuerzas globales del grupo, o bien que la reacción sea realista, con lo que se validaría, o por el contrario, puede que sea una opinión particular, y se le puede ayudar al cliente a ver la posibilidad que esta responda a una visión distorsionada.

- **La transparencia**

La transparencia tiene relación con mostrarse tal cual se es en el grupo, es decir, responder a los participantes fielmente, compartir sus sentimientos en forma juiciosa y responsable y admitir o refutar motivos y sentimientos que los clientes le atribuyan, aceptando el *feedback* que estos le puedan hacer. Con esta actitud, el terapeuta atiende a la configuración de las normas, a la activación del “aquí y ahora” y a la iluminación del proceso, además de descentralizarse, con lo que ayuda al logro de la autonomía y cohesión grupal.

La transparencia no se ha de utilizar en forma indiscriminada; el terapeuta ha de evaluar en cada momento si esta está en consonancia con otras tareas de la terapia, para lo cual se preguntará sobre el fin de la autorrevelación en aquel momento.

Si el terapeuta recibe *feedback* de algún paciente, este ha de hacer una autorrevelación juiciosa, considerando tres principios:

- 1.-Tomársela en serio, prestando atención, consideración y respondiendo directamente.
- 2.- Obtener validación consensuada.
- 3.- Compararla con su propia experiencia interna.

- **Utilización de coterapeuta**

Los coterapeutas se complementan y apoyan mutuamente. En el caso de que se trate de una mujer y un hombre, esto tiene grandes ventajas ya que recrea la configuración parental de la familia primaria, con lo cual puede acrecentarse la carga afectiva del grupo, además de mostrar una relación hombre-mujer respetuosa e igualitaria y ofrecer un repertorio más amplio de transferencias.

Los coterapeutas se pueden apoyar al mantener la objetividad ante la presión grupal, resistir ataques de algún miembro del grupo y plantear temas difíciles.

El plantear alguna diferencia entre ellos dependerá del grado de madurez y el nivel de rendimiento del grupo.

Es importante elegir un coterapeuta que difiera lo suficiente en el estilo personal como para ser complementario, pero que tenga similar orientación teórica y afinidades personales cómodas y estables.

En ocasiones, el grupo se divide en bandos en favor de uno u otro terapeuta, lo cual se debe afrontar en el grupo; en otras, hay diferencias en la experiencia entre los coterapeutas, lo cual no debería provocar incomodidad, y ser manejado con el grupo.

2.3.7.2 *El grupo*

Con anterioridad ha sido mencionada la importancia del grupo en sí mismo en esta modalidad psicoterapéutica, la cual se debe a que muchos de los factores terapéuticos que se le atribuyen son un aporte dado por este escenario particular.

- **Composición**

Según Yalom (1986), hay investigaciones que indican que la composición del grupo es muy importante, e influye en muchos aspectos del funcionamiento del mismo.

Hasta cierto punto, es posible predecir la conducta de ciertos grupos de individuos, pero no se sabe su incidencia en los resultados terapéuticos. Por ello, hay diferentes perspectivas que apoyan una u otra de las diferentes opciones, componer a un grupo de forma heterogénea u homogénea.

En relación con la heterogeneidad, una razón teórica es la concepción del “microcosmos social”, según lo cual tener más variedad entre los miembros esta representará más el universo social, y la variedad de interacciones posibles en él, lo que implicará una mayor posibilidad de diversos aprendizajes interpersonales. Otra razón teórica es la “teoría de la disonancia”, según la cual el individuo actúa para disminuirla, siempre y cuando esta no sea demasiado grande. Verse enfrentado a personas con diferentes estilos, que no satisfacen sus necesidades, hacen que se vean frustrados, desafiados, se volverán concientes de distintas áreas conflictivas y percibirán alternativas de comportamientos interpersonales.

En apoyo de la homogeneidad, se encuentra la teoría de la “cohesión de grupo”, que indica que la atracción del grupo influye en los resultados.

Finalmente, no hay guía respecto de la composición del grupo. La principal tarea del terapeuta es formar un grupo coherente, para lo cual se recomienda hacer una selección de los pacientes y una preparación preterapéutica. Finalmente, si el terapeuta considera los factores terapéuticos y es flexible en su papel, podrá sacar provecho de casi cualquier situación que pudiera surgir en el grupo.

- **Escenario**

Es importante tener un espacio físico siempre disponible, con un tamaño adecuado, con asientos cómodos, que proporcione intimidad y no distraiga la atención, y que el grupo pueda disponerse de forma circular y a un mismo nivel, desde donde todos se puedan ver.

- **Tamaño**

Esto será variable según los factores terapéuticos que se desee enfatizar en el grupo. En el caso que sea un grupo en el que se busque la interacción interpersonal, el número ideal es entre 6 y 8, aún así, en el grupo en que no se apunta directamente a la interacción se busca la participación de todos los miembros, por lo que se recomienda un mínimo de 5 y un máximo de 12 miembros. Con un número demasiado reducido, no se producirán las interacciones necesarias, ni entregará una amplia validación consensuada de diferentes puntos de vista, y los pacientes tenderán más a interactuar directamente con el terapeuta. En un grupo con más de 10 miembros, algunos pueden quedar excluidos, ya que el tiempo será insuficiente para examinar y

comprender todas las interacciones de cada uno de los miembros.

- **Duración**

Entre 60 y 120 minutos, dado que se necesitan al menos 30 minutos para que el grupo se caldee y otros 60 para que se trabaje en los temas importantes de la sesión. Después de 2 horas se comienzan a fatigar. En grupos de bajo rendimiento, que no pueden mantener mucho tiempo la concentración se recomienda 45 a 60 minutos y en grupos que no se reúnen tan frecuentemente, u orientados al alto rendimiento, por lo menos 90 minutos.

- **Frecuencia**

Existe gran variedad según los objetivos y limitaciones que presenten. Van desde una vez al día, generalmente en pacientes internos, a una vez al mes en grupos de apoyo de clínicas de medicación. Una vez a la semana se utiliza generalmente con pacientes externos.

- **Grupos abiertos y grupos cerrados**

Escoger una opción también dependerá de los objetivos y limitaciones, y de la duración identificada del grupo. Un grupo cerrado tiene un número predeterminado de sesiones, se inicia con un número fijo de miembros y no se admiten nuevos, lo cual es necesario para algunos escenarios clínicos, y en el caso de que se siga un protocolo secuenciado en las sesiones. Un grupo abierto es más flexible en cuanto a número de miembros y estructura. En algunos los miembros fluctúan y en otros se mantiene un número fijo reemplazando a los que abandonan. Generalmente estos grupos abiertos tienen mayor amplitud de metas terapéuticas y se pueden reunir indefinidamente teniendo el grupo vida propia mientras los miembros vienen y van.

- **Seleccionar a los pacientes**

Vinogradov y Yalom (1996) consideran que una vez que el terapeuta ha definido la tarea del grupo, sus objetivos y estructura básica, este ha de seleccionar a los miembros que puedan realizar dicha tarea. Para ello lo primordial es crear un grupo que forme una unidad; un miembro con una conducta extremadamente desviada atentará contra la cohesión grupal. Se requiere también que cada miembro sea capaz de realizar la tarea grupal.

En la práctica, el terapeuta más que seleccionar a los participantes descarta o no considera a ciertos pacientes, aceptando a todo el resto.

Como criterios de inclusión se mencionan: la capacidad de realizar la tarea del

grupo, motivación para participar del tratamiento, áreas problemáticas compatibles con los objetivos del grupo, compromiso de asistir a las sesiones y permanecer toda la sesión.

Como criterios de exclusión se mencionan; incapacidad de tolerar el escenario del grupo, tendencia a asumir un papel desviado, agitación extrema, disconformidad con las normas grupales de conducta aceptable, y grave incompatibilidad con uno o varios de los demás miembros.

- **Preparación pregrupal**

Vinogradov y Yalom (1996) incluyen la preparación previa a la psicoterapia de grupo como una tarea esencial del terapeuta, pues con ello se reducen los abandonos, se aumenta la cohesión y se acelera el trabajo terapéutico.

Muchos pacientes tienen una falsa idea del valor y la eficacia de esta modalidad de psicoterapia, menospreciándola cuando la comparan con la individual. Esto podría perjudicar el proceso de esta. Otros expresan preocupación en relación con el procedimiento y al proceso. El terapeuta debe aliviar los temores del paciente enfatizando el ambiente seguro y de apoyo grupal.

En suma, este viene a ser un proceso de desmitificación y de establecimiento de una alianza terapéutica. Su finalidad radica en explicar los principios de la terapia, describir las normas del grupo, establecer un contrato de asistencia, aumentar las expectativas de utilidad de la terapia, y prever problemas y minimizar su impacto.

Generalmente esta preparación previa se realiza en los primeros 5 a 10 minutos del comienzo de la sesión con pacientes internos, ó 30 a 35 minutos de la entrevista de admisión de los pacientes externos. Se los orienta respecto a horario, ubicación, composición y objetivos del grupo; se les describe una sesión típica de forma clara, concreta y de apoyo; se establecen acuerdos de asistencia y conducta; se les advierte de problemas comunes que se pueden dar; y si es un grupo ya en proceso, se les describen acontecimientos que han ocurrido.

2.3.7.3 El proceso

Como se mencionó en el acápite que trata sobre el terapeuta, en la psicoterapia de grupo, en especial en aquella con un enfoque interaccional, es fundamental ocuparse del “proceso”, que en este caso se refiere a las implicaciones de la relación de las transacciones interpersonales. De esta manera, el terapeuta se pregunta el cómo y el porqué, cuando un miembro dice algo en un momento.

Aunque cada grupo es complejo y particular, se puede mencionar una

secuencia natural en su desarrollo inicial, que según Yalom (1986), es la siguiente:

- *Primera reunión:* a pesar del temor que provoca, generalmente es exitosa. Algunos terapeutas hacen una introducción acerca de la finalidad y el método de la terapia de grupo; otros mencionan algunas reglas básicas, como la sinceridad y, la discreción. Generalmente los participantes o pacientes se presentan, ya sea por indicación del terapeuta o por iniciativa propia, y después de un silencio profundo alguien comienza a hablar. Usualmente da a conocer sus razones para acudir a terapia, y luego otros miembros hacen lo mismo. En esta primera reunión el terapeuta es activo, ya que como se estableció, ha de moldear las normas del grupo.
- *Etapa inicial: orientación, participación dudosa, búsqueda de significados.* Los grupos deben determinar un método para realizar su tarea básica, el porqué están en el grupo, y deben atender sus relaciones sociales para crear un ambiente acogedor y tranquilo para lograr esta tarea, junto con satisfacer la necesidad de pertenecer al grupo. Al comienzo, por lo general los miembros buscan el significado de la terapia, saber en qué forma los ayudará, a la vez, que buscan su papel y el de los demás en el grupo, ser aprobados, aceptados, respetados o dominar, se preguntan cómo deben actuar en el grupo y qué se espera de ellos. Si el grupo es inseguro, será dependiente y se dirigirá al terapeuta, poniendo en él la misión de indicarles qué hacer. El contenido y la comunicación son de un estilo algo estereotipado y restringido, código social de “cóctel”, de ocuparse de cosas de poco interés sustancial pero que sirven para conocerse interpersonalmente. En los grupos de terapia suele hablarse de descripción de síntomas, experiencias previas de terapia, medicamentos, etc. Es común buscar similitudes, lo que apunta a la universalidad, y dar y recibir consejos, que aunque no sean útiles en sí sirven para expresar interés y atención recíproca.
- *Segunda etapa: conflicto, dominio y rebeldía.* Los participantes o pacientes se ocupan del dominio, el control y el poder; cada miembro intenta posicionarse como más le acomoda según su cantidad de iniciativa y poder, estableciéndose una jerarquía. Aumentan los comentarios negativos, en una lucha por el dominio. Es habitual que surja hostilidad hacia el terapeuta, dado que las expectativas de los participantes son muy altas y esperan que él los dirija, según lo cual le colocan atributos irreales, y luego al enfrentarse a la realidad se sienten desilusionados.
-

- *Tercera etapa: desarrollo de la cohesión.* Después de la anterior etapa de conflicto, el grupo poco a poco se transforma en una unidad cohesionada. En esta etapa hay un aumento del espíritu, confianza mutua y revelaciones del grupo.

Estas etapas se pueden homologar con las etapas ya mencionadas por Schutz de inclusión, control y afectividad. Este mismo autor llama a la primera etapa “estar dentro o fuera”, a la segunda “estar arriba o abajo” y a la tercera “estar cerca o lejos”.

Estas etapas no siguen exactamente esta secuencia, sino que se yuxtaponen y tienen fronteras imprecisas; funcionan en forma cíclica, volviendo sobre los mismos problemas, con otra profundidad.

2.3.7.4 *Técnicas*

El enfoque de las psicoterapias de grupo más que una técnica, en su mayor parte, es la activación del “aquí y ahora”. El terapeuta al tener presente esta perspectiva, y al haberla vivenciado, podrá dirigir constantemente al grupo hacia esta. A través de sus preguntas puede ir redefiniendo lo que cada miembro va expresando en función de lo que ocurre en ese momento en el grupo.

Luego, el paciente debe reconocer lo que hace en sus interacciones, apreciar el efecto de su conducta, comprender la influencia de ésta en la opinión que los otros tienen de él, y él de sí mismo; decidir si está satisfecho con el habitual estilo interpersonal y ser ayudado a emplear su voluntad de cambiarlo, y por último, consolidar y generalizar este cambio. En función de esto, el terapeuta puede ir haciendo comentarios que apunten en la siguiente dirección y en la siguiente secuencia, “así es tu conducta”, “tú conducta hace que los otros se sientan así”, “así influye tu conducta en las opiniones que los otros tienen de ti”, “tú conducta influye así en la opinión que tienes de ti mismo” (Yalom, 1986. p.171).

Luego de la comprensión del paciente, las preguntas pueden apuntar al cambio, inquiriendo sobre la satisfacción en relación con su comportamiento, y por último, hacer comentarios que ayuden al paciente a liberar su voluntad, dirigidos a que acepte alguna o todas estas premisas: “Sólo yo puedo cambiar el mundo que he creado para mí”; “No es peligroso cambiar”; “Para lograr lo que realmente deseo, debo cambiar”; “Puedo cambiar, soy potente” (Yalom, 1986. p. 173).

3. CAPÍTULO 3: DESARROLLO Y RESULTADOS

3.1 Experiencias de intervención grupal con mujeres víctimas de violencia doméstica sistematizadas en Chile.

En América Latina las primeras referencias a la terapia grupal con mujeres víctimas de violencia doméstica se hicieron en torno a la promoción de los llamados “grupos de autoayuda”, tanto desde distintos organismos estatales como desde organizaciones no gubernamentales, los que se establecieron “con el objetivo básico de que las participantes se den apoyo afectivo mutuo y puedan escapar del silencio y del aislamiento con que generalmente sufren las agresiones” (Rico, 1996, p.23).

Con respecto a las intervenciones grupales con mujeres víctimas de violencia doméstica que se han realizado en Chile, la información registrada es relativamente escasa, y más aún la evaluada, algo de la información existente en material escrito es:

- La realizada en el seminario: “Modelos teóricos y metodológicos de intervención en violencia doméstica y sexual”, (Santiago, noviembre de 1991) expuesta en un libro editado por la Casa de la Mujer La Morada, el Instituto de la Mujer y el Servicio Evangélico para el Desarrollo. En él, se exponen tres experiencias de psicoterapia de grupo o “trabajo grupal”, como allí se le denomina, realizado en diferentes centros y expuesto por sus facilitadoras; los grupos de autoapoyo en la Casa de la Mujer La Morada; el trabajo grupal con mujeres maltratadas en la Casa de la Mujer de Valparaíso y los grupos de autoayuda en el Centro de Atención en Violencia Doméstica, SERNAM-Municipalidad de Santiago.
- El libro “Relaciones posibles e imposibles. Sistematización del programa de intervención en violencia doméstica” (1994), también editado por La Morada, en el cual, en lo que respecta a psicoterapia de grupo, se muestra el paso de la intervención en ese centro de los grupos de autoapoyo a los grupos de sanación.
- El libro “Una reconstrucción posible. Modelo de intervención centro de atención y prevención en violencia intrafamiliar Municipalidad de Santiago” (1997), en el área de atención de mujeres, se hace referencia a los grupos de autoayuda, los grupos de contención, los grupos de terapia o grupos de nivel II y los grupos de contención guiada, sistematizando en forma detallada (sesión a sesión) estos últimos, con su respectiva evaluación.
- El libro “Violencia doméstica y ámbito local: La propuesta de intervención

DOMOS”, realizado por el Centro de Desarrollo de la Mujer, DOMOS (enero 2002), consigna que en la línea de atención directa en violencia doméstica, se otorga atención psicológica individual y grupal, y esta última en modalidad de psicoterapia grupal y grupo de transición.

- La realizada a través de la sistematización del Seminario-Taller “Atención directa en violencia doméstica”, desarrollado en Concepción en el mes de julio del 2002, en que se hace una breve referencia a los grupos de autoayuda, a grupos de primer nivel y segundo nivel, y a talleres para mujeres de las diferentes entidades participantes.

Una compilación de cada uno de estos materiales en lo relacionado con las intervenciones grupales se encuentra en el Anexo N°3.

3.1.1 Desarrollo de la intervención grupal según sistematizaciones

A través de lo expuesto en el material revisado, se puede observar en parte cómo han ido variando en el tiempo las intervenciones grupales en Chile. Las referencias son principalmente de dos centros de atención dependientes de ONG; la Casa de la Mujer La Morada y el Centro de Desarrollo de la Mujer DOMOS, y de un centro de atención de dependencia municipal, el Centro de Prevención y Atención de VIF de la Municipalidad de Santiago, todos ellos lugares con largo tiempo de trabajo en el tema. Actualmente el centro DOMOS ya no se dedica a la línea de atención.

Son varios los centros de atención dependientes de ONG que han desaparecido o han cambiado de ámbito, lo que se considera puede tener relación con los cambios en las condiciones del país tanto a nivel político como socioeconómico, lo que ha conllevado la disminución de fondos extranjeros, los que muchas veces son los que financiaban estos proyectos en aquellos centros.

En relación con los aspectos metodológicos, se exponen algunos que se presentan en la tabla 1.

A pesar de las variaciones, existen algunos aspectos comunes: todos los grupos tienen una frecuencia de una vez por semana y una duración de 2 a 3 horas por sesión. Se originaron entre 1986 y 2002, contemplan un tamaño de entre 4 y 15 participantes, duración de entre 8 y 12 sesiones, son habitualmente de modalidad cerrada, y en solo algunos casos se señala el uso de coterapia.

TABLA 1: METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN GRUPAL

Centro	Grupo	Data	Tamaño	Duración	Modalidad	Coterapia
Casa de la Mujer La Morada	Grupo Autoapoyo	1986-1992	Entre 4 y 15 o 10 y 12 participantes	10 sesiones, 2 horas sesión.	cerrado	SI
	Grupos Sanación	1992-1994	variable	variable	variable	SI
Centro de Atención y Prevención en VIF Muni. de Santiago	Grupo Autoayuda	Marzo-Julio 1991	no se explicita	10 a 12 sesiones, 2 horas sesión.	cerrado	no se explicita
	Grupo Contención	Desde Julio 1991 a 1994	indefinido	Continuo, 2 horas sesión.	abierto	no se explicita
	Grupo Contención Guiada	Desde 1994	indefinido	10 a 12 sesiones, 2 horas sesión.	abierto	no se explicita
	Grupo Contención Preventiva	Desde 1995	indefinido	10 a 12 sesiones, 2 horas sesión.	abierto	no se explicita
	Grupo Terapia o Nivel II	Desde Julio 1991	Máximo 10 participantes.	8 a 12 sesiones, 2 horas sesión.	cerrado	no se explicita
Casa Valparaíso	Grupos Autoapoyo	En 1991	no se explicita	10 sesiones, 2 h. y 30 m. sesión.	cerrado	no se explicita
Centro de la Mujer DOMOS	Grupo Transición	En 2002	indefinido	8 sesiones, 3 horas sesión.	abierto	no se explicita
	Psicoterapia Grupal	En 2002	Entre 7 y 12 participantes	10 a 12 sesiones, 3 horas sesión.	abierto hasta 2ª sesión	no se explicita
Instituto Concepción	Grupo I nivel	Desde 1992	Entre 8 y 15 participantes	8 sesiones, 2 horas sesión.	cerrado	SI
	Grupos II nivel	Desde 1992	no se explicita	8 sesiones, 2 horas sesión.	cerrado	SI

La primera referencia a este tipo de intervenciones grupales en Chile data del año 1986, de la Casa de la Mujer La Morada. En esos años no hubo muchas más experiencias relatadas, sin embargo, esto aumentó significativamente una vez recuperada la democracia. Asimismo, los primeros grupos que existieron mientras el país estaba en dictadura, se plantearon con el fin de hacer posible la politización de la problemática dentro del grupo, lo cual se consideró un importante elemento de “sanación”; además, con ello se buscó dar el paso de lo individual/personal a lo colectivo/social.

En las primeras experiencias, relatadas en el seminario de 1991 o en libros que cuentan las experiencias en centros con larga data como el de la Municipalidad de Santiago o La Morada, se encuentran grupos que principalmente se llamaron de “Autoayuda o Autoapoyo”, grupos cerrados, de entre 10 y 12 sesiones, de entre 2 y 2

horas 30 minutos por sesión, destinados a mujeres que vivían o habían vivido violencia doméstica; se hacían como una forma de profundizar los apoyos integrales tras la búsqueda de salidas colectivas. Principalmente se practicó en ellos trabajo corporal, teórico y grupal, y en algunos, que se establecieron de manera más estructurada, se contemplaron temas específicos para cada sesión.

Algunos problemas que, según lo expuesto, presentaron estos grupos, se refieren a la poca continuidad y a una importante deserción, lo que consideran se relacionó con el no cumplimiento de los fines establecidos. En estos grupos, las mujeres participantes mostraron poca capacidad de tolerar el dolor ajeno, sumado a la necesidad propia de ser escuchadas, y a la dificultad de escuchar a las otras.

Debido a lo anterior, fue común que el tiempo destinado al inicio de la reunión para que cada mujer hablara de sí, se prolongara durante toda la primera hora o más, quedando sólo los últimos minutos para tratar el tema preparado, lo que mostraba la necesidad de estas mujeres de ser escuchadas y poder contar lo callado.

Otro problema mencionado es que constantemente llegaban más mujeres solicitando atención, las que debían esperar a que empezara un nuevo grupo, a veces por largo tiempo, por lo que la mujer terminaba desinteresándose por participar.

Para resolver estos problemas se generaron diversas soluciones que en general incluyeron la realización de dos tipos de grupos en vez de uno o el cambio de modalidad en el tipo de grupo.

En el centro dependiente de la Municipalidad de Santiago y en DOMOS se organizaron en grupos de 2 niveles, el primero llamado “grupo de contención” o “grupo de transición”, y el segundo, “grupo de terapia, “psicoterapia grupal” o “grupo de nivel II”, siendo los de primer nivel realizados de forma abierta y continua, permanente, de manera que en cualquier momento en que llegara una nueva mujer, se pudiera integrar: Fueron organizados entre 8 y 12 sesiones, con el fin de que, al realizarse en forma consecutiva, la mujer pudiera hacer el circuito completo sin importar el momento de ingreso. En general, estos grupos estuvieron más destinados a realizar la primera acogida y la contención de la mujer.

A los grupos anteriores le siguieron los grupos de segundo nivel, los que tenían fines más clínicos, en los que se profundizaba en el trabajo psicoterapéutico y estuvieron dirigidos a la reparación; además, fueron de modalidad cerrada, pudiéndose con ello aprovechar el proceso grupal como factor terapéutico, y con un número de entre 8 y 12 sesiones.

Los objetivos planteados para cada una de intervenciones grupales señaladas se pueden observar en la siguiente tabla:

TABLA 2: OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN GRUPAL

Centro	Grupo	Objetivos del grupo (1)	Objetivos del grupo (2)	Objetivos del grupo (3)	Objetivos del grupo (4)
Casa de la Mujer La Morada	Grupo Autoapoyo	Profundizar el proceso de salida o superación de la relación de violencia.	Aportar elementos y herramientas básicas para la recuperación integral de las mujeres (física, social y espiritual) a través de la entrega de información y el desarrollo de técnicas de recuperación física y emocional.	Crear espacios de confianza, solidaridad, complicidad y colaboración entre mujeres.	Promover la toma de conciencia sobre la violencia doméstica como un problema social, incentivando en las participantes la necesidad de organizarse para desarrollar acciones locales y comunales proporcionando capacitación básica acerca de los derechos de la mujer.
	Grupos Sanación	Crear un espacio de contención colectiva desde la identificación y la solidaridad entre mujeres, favoreciendo redes afectivas de apoyo.	Aportar a la redefinición de las relaciones de violencia desde el cuestionamiento de nuestra participación en las relaciones, facilitando la elaboración de las historias de violencia.	Potenciar y desarrollar recursos personales de las participantes	
Centro de Atención y Prevención en VIF Muni. de Santiago	Grupo Autoayuda	Romper el aislamiento de las mujeres.	Generar espacios para crear redes de ayuda.	Visualizar lo social del problema.	
	Grupo Contención	Contención de la mujer.	Procesar emocionalmente la experiencia vivida	Entregarle conocimientos y herramientas básicas para protegerse.	Romper el aislamiento y generar redes de ayuda.
	Grupo Contención Guía y preventiva	Solo se diferencian en que el primero es para mujeres con larga data de abuso de entre 35 a 50 años y el segundo es para mujeres de 1 a 5 años de relación de violencia entre 20 y 35 años.			
	Grupo Terapia	Desarrollar la autoestima a través de un entrenamiento asertivo.	Reestructuración cognitiva afectiva más profunda.		
	Grupo Nivel II	Profundizar los procesos de tratamiento y posibilitar la experiencia grupal	Facilitar el trabajo y la profundización de 4 temas centrales: Identidad Femenina, Sexualidad, Relaciones de pareja y Proyecto de vida.		
Casa Valparaíso	Grupos Autoapoyo	Compartir los aspectos comunes presentes en las diversas experiencias de violencia de las mujeres.	Construir relaciones basadas en la cooperación, solidaridad y respeto a la diversidad, sustentos de las prácticas de autoapoyo y apoyo entre mujeres.	Profundizar el proceso personal iniciado por cada mujer en los apoyos individuales Conectar(se), sanación corporal, afectiva-emocional y espiritual de cada mujer con otras	Mobilizar en forma creativa acciones orientadas a una re-valoración de seguridad, defensa y protección, mediante el ejercicio de sus derechos afectivos y legales como humana.

Centro de la Mujer DOMOS	Grupo Transición	Creación de un clima de aceptación empática e incondicionalidad que permitan fortalecer el vínculo de las mujeres con la institución y entre ellas.	Crear un espacio de contención para las mujeres que viven violencia doméstica y/o presentan trastornos emocionales relacionados con su condición de género.	Brindar un espacio de acogida que les permita reflexionar sobre el ser mujer desde una perspectiva de género y sobre temas de su propio interés (autoestima, comunicación en la pareja, toma de decisiones, sexualidad, infancia, etc.)	Favorecer el reconocimiento de recursos personales y sociales. Entregar información acerca de sus derechos y beneficios sociales.
	Psicoterapia Grupal	Ofrecer un espacio de contención emocional entre pares.	Fortalecer procesos personales en un espacio colectivo que permita la experiencia de aceptación grupal y validación como persona.	Estimular la reflexión sobre las posibilidades de aprender en la interacción con otras, nuevos estilos de relación y comunicación, y formas no violentas de resolución de conflictos.	
Instituto Concepción	Grupo nivel I	Contención y entrega de información básica. Elevar la autoestima. Romper el aislamiento social.	Conocer herramientas legales y sociales que les permitan iniciar acciones tendientes a resolver el problema.	Reconocer y expresar sentimientos en relación a su situación de violencia.	Comenzar a asumir la responsabilidad frente a la situación vital
	Grupos nivel II	Potenciar los procesos iniciados en el grupo de primer nivel, trabajando los mismos objetivos en mayor profundidad.			

Como se puede observar, los objetivos de las intervenciones grupales apuntan principalmente a 5 diferentes aspectos:

1.- *Entregar herramientas*, para la protección y defensa, para asumir responsabilidades, de recuperación o sanación integral, como conocimientos o información en temas de VIF (derechos de las mujeres, beneficios sociales y legales, temas que ayudan a problematizar y redefinir).

2.- *Reparar aspectos dañados con la relación de violencia*, es decir, romper el aislamiento y generar redes de apoyo, potenciar y desarrollar recursos personales, tomar conciencia, elevar la autoestima, contención, contactarse consigo misma, reconocer y expresar sentimientos.

3.- *Problematizar la experiencia de violencia*, a través de, estimular la reflexión y el

aprendizaje en el grupo, visualizar lo social de la problemática, tomar conciencia y redefinir la relación de violencia.

4.- *Profundizar en el proceso de la mujer*, en el proceso de salida o recuperación.

5.- *Generar un espacio propicio para la intervención grupal*, es decir, un espacio de contención, confianza, solidaridad, complicidad, colaboración, compartir, respeto por la diversidad y aceptación empática e incondicional entre mujeres.

Abordando otros aspectos propios de las experiencias de intervenciones grupales sistematizadas, en estos grupos se han contemplado los diversos niveles de intervención, es decir, corporal, emocional, cognitivo y relacional, cada cual según diversas necesidades del proceso de recuperación: el trabajo corporal, debido a que en estas mujeres suele producirse una desconexión de la experiencia corporal y para lograr la recuperación integral es necesario recobrar aquella conexión perdida; el trabajo emocional, debido a la necesidad de reconocer y manejar las propias emociones; el trabajo cognitivo, con el fin de generar cambio trabajando con las ideas, creencias y valores en relación con los diferentes temas; y el trabajo relacional, debido a que el grupo es una experiencia alternativa a la relación de abuso en el que se pueden aprender nuevas formas de interacción.

Para abordarlos, se trabaja con una serie de técnicas que se van combinando. De entre ellas, las más frecuentemente mencionadas son: trabajo corporal, imaginaria, *role playing*, trabajos con esculturas, psicodrama, ludoterapia, trabajo con los relatos de las mujeres, reflexiones guiadas, cuestionarios, trabajos con dibujos, lluvia de ideas, trabajos con tarjetas, dinámicas de pareja, dinámicas de subgrupos, entrega de información, trabajo energético, ritos, tareas para la casa, etc.

Por otra parte, no se explicita el estilo de relación terapéutica que se establece, aunque este se puede deducir del clima y del espacio que se busca generar en los grupos. Este se plantea como un espacio de confianza, solidaridad, complicidad, contención, acogida, identificación y colaboración entre las mujeres participantes, y un clima de aceptación, respeto, confidencialidad, ausencia de juicios, aceptación empática e incondicionalidad. Si bien se refiere a las relaciones entre las participantes necesariamente se ha de incluir, también a la facilitadora, que debe fomentar este tipo de espacio y clima.

3.2 Caracterización y análisis de la intervención grupal con mujeres víctimas de violencia doméstica, que se realiza actualmente en Santiago de Chile

A continuación se presentan los resultados obtenidos de la información recopilada en las entrevistas. A partir de esta se construyeron fichas técnicas correspondientes a cada centro (ver Anexo N° 4), la compilación de las fichas se aprecia en las próximas tablas (Tablas 3 a 8).

Los resultados serán ordenados en cuatro tópicos: definiciones institucionales en la práctica, metodología de la intervención grupal, el o la facilitadora grupal y teoría de la intervención grupal. Además se incluye un capítulo con las reflexiones y aprendizajes adquiridos por los entrevistados a lo largo de la experiencia de trabajo.

3.2.1 Definiciones institucionales en la práctica en violencia doméstica

Un primer punto a considerar es la denominación que se le da habitualmente en el discurso de las(os) facilitadoras(es) entrevistados: se le llama violencia intrafamiliar o incluso VIF (Ej: mujeres con VIF, los grupos VIF), y no violencia doméstica, conyugal o de pareja. Esto se debe a que a nivel estatal suele ser esta la denominación, la que se trasmite a través de los diversos materiales escritos entregados por el Minsal y el SERNAM, lo sigue siendo de esta manera a pesar de que el SERNAM actualmente considera este tipo de violencia como violencia de género, y que incluso se cambió el nombre de los centros a su cargo, de Centros de Prevención y Atención en Violencia Intrafamiliar a Centros de la Mujer, poniendo de relieve con ello a la mujer en vez de a la familia.

Se considera importante llamarlo violencia doméstica, ya que es una categoría propia que está inserta en la violencia de género, contemplando con ello aquella perspectiva y lo macrosocial de la problemática, lo que ha de estar presente en cualquier tipo de intervención.

Los consultorios de APS y los COSAM son servicios de salud estatales, de atención en salud primaria en general el primero, y de atención secundaria y terciaria, especializado en salud mental comunitaria, el segundo. Ambos dependen del Ministerio de Salud a través del servicio de salud zonal correspondiente y tienen dependencia administrativa de su municipalidad a través de la corporación de salud.

Los demás centros son especializados en el tema de violencia intrafamiliar o violencia doméstica, con programas de atención específicos y profesionales contratados especialmente para ellos, dependientes de SERNAM, de alguna municipalidad o de alguna ONG.

Como se observa, la mayoría de las atenciones que se prestan a las mujeres víctimas de violencia doméstica están insertas en un centro con alguna dependencia estatal. Sin embargo, entre estos existe diferente especificidad.

Se considera fundamental que estas atenciones estén contempladas en los centros de salud primaria que es el lugar a donde habitualmente acuden las mujeres adscritas al sistema de salud pública y que utilizan el Fondo Nacional de Salud (FONASA), mujeres de los grupos socioeconómicos más bajos que tienen más naturalizada la violencia. Por lo mismo, son los lugares apropiados para realizar principalmente detección, además de diagnóstico y atención de primera acogida.

Por otra parte, en los centros dependientes del SERNAM también se realiza atención primaria, con lo cual la atención secundaria, que explícitamente entrega atención psicoterapéutica, se realiza tan solo en los centros de dependencia municipal y en los COSAM. En estos últimos existen varios programas de atención además de los programas de VIF, y el servicio de salud actualmente está dando prioridad programática a los programas de depresión y dependencias, problemáticas a las que actualmente está dando mayor énfasis el Estado por sus altas prevalencias. Además, la depresión es uno de los problemas de salud con garantía de atención contemplados en el plan AUGE.

A la luz de las estadísticas, es evidente que la violencia doméstica no ha disminuido en el país, por lo que este cambio de énfasis se pudiese deber a considerar que los programas de VIF ya están consolidados y que presentan buenos resultados. Esto en la práctica ha sido muy variable. De todos modos, el cambiar de énfasis se ha traducido en la práctica en concentrar recursos e intenciones en aquellas prioridades en desmedro de los demás programas.

Donde sí existe atención secundaria y con especificidad para violencia doméstica es en los programas de dependencia municipal, los cuales además suelen poseer gran libertad de acción, la que lamentablemente no suele estar acompañada de suficientes recursos; de hecho, son habituales los programas en los cuales tan solo una psicóloga realiza todas las actividades del programa, incluida la atención, limitándose con ello la capacidad e interdisciplinariedad de la atención, con el consecuente desgaste de la profesional por el excesivo trabajo y la falta del apoyo de un equipo.

En términos territoriales, los consultorios y los COSAM restringen su atención en sus programas de VIF a mujeres de su comuna. Los centros dependientes del SERNAM están divididos por zonas, en la Región Metropolitana, en zonas Norte, Sur, Poniente, Oriente y Melipilla, dividiéndose las comunas a las que abarcan en atención. En los programas dependientes de municipalidades se atiende a las mujeres de sus

correspondientes comunas y en los centros dependientes de una ONG se atiende a mujeres procedentes de cualquier lugar del país. En general, hay centros distribuidos equitativamente por los diversos sectores de Santiago, ubicándose mayoritariamente en sectores o comunas donde existe mayor vulnerabilidad social, por ser un posible factor de riesgo de violencia doméstica, o en donde existen evidencias de mayores índices de esta.

En todos los centros suele contemplarse la atención de mujeres víctimas de cualquier tipo de violencia doméstica, pero en la práctica las consultas con frecuencia se centran más en la violencia física. Se considera que esto se debe a que ni la violencia psicológica ni la económica están suficientemente problematizadas en nuestra cultura, y que la violencia sexual se suma a la física o se trabaja de forma más específica.

Por otra parte, se presenta cierta especificidad en cuanto a la magnitud de la violencia atendida (Tabla 3), es decir, en los consultorios y en los centros dependientes del SERNAM se contempla la atención de tan solo violencia de magnitud leve y moderada, derivándose los casos de violencia grave principalmente a los COSAM, es decir, a centros que prestan atención secundaria, los que contemplan desde el MINSAL atención de esta magnitud de violencia, como parte de la violencia compleja, según el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del 2001 (Minsal, 2001). Estos centros suelen atender además a mujeres víctimas de violencia de magnitud leve y moderada, por lo tanto las mujeres víctimas de violencia grave, quienes tienen mayor necesidad de recibir una atención pronta y especializada, tienen menos posibilidades de recibirla. Aún así en algunos COSAM se señala que se atienden más casos de violencia de moderada a grave.

Según todo lo anterior, se considera que la atención especializada y reparatoria no está suficientemente cubierta

En relación con los tipos de atención con los que cuenta cada centro (Tabla 3), en los consultorios de APS las mujeres víctimas de violencia cuentan con atención psicológica, social y médica, en cambio en los COSAM, principalmente las dos primeras, aunque en algunos también se cuenta con atención psiquiátrica y en otros se señala que existe tan solo atención psicológica. Por su parte, en todos los centros dependientes del SERNAM se cuenta con atención psicológica, social y jurídica, y los dependientes de alguna ONG prestan atención psicológica y social, aunque no necesariamente a través de profesionales del área. Por último, los de dependencia municipal en su mayoría cuentan tan solo con una profesional psicóloga a cargo de todo el programa. La excepción la constituye el centro de atención de la municipalidad de la zona Centro, que cuenta con atención psicológica, social y jurídica. En los casos

TABLA 3: DEFINICIONES INSTITUCIONALES DE LA PRÁCTICA²⁸

Tipo centro	Zona geográfica	Foco* (magnitud)	Tipo de atenciones**	Forma de Ingreso***	Modalidad atención psicológica****	Tipo Interv. Grupal*****	
APS 1	Norte	L y M	Ps, So y Me	In (SM), J y E	I y G	Ps, Pst y Pe	
APS 2	Sur Oriente	L y M	Ps, So y Me	In (SM y M), J y E	I y G	Pst y Pe	
APS 3	Sur Oriente	L y M	Ps, So y Me	In (SM) y J	I y G	Pst y Pe	
APS 4	Occidente	L y M	Ps, So y Me	In (M, D, etc.)	I y G	Ps, Pst y Pe	
COSAM 1	Norte	M y G	Ps, So y Psq	J, C, Cl, E	I, G, P y F	Ps, Pst y Pe	
COSAM 2	Norte	L, M y G	Ps y So	C, In (If) y J	I, P y G	Pst	
COSAM 3	Sur	L, M y G	Ps y So	C, J y E	I y G	Pe y Pst	
COSAM 4	Occidente	L, M y G	Ps, So y Psq	C, J, Ca y E	I	G I	Pst
						G II	Pst
COSAM 5	Occidente	L, M y G	Ps y So	J, C, Cl, Mu, In y E	I	G I	Pe
						G II	Pst
COSAM 6	Oriente	M y G	Ps, So y Psq	C y J	I y G	Pst	
COSAM 7	fuera Gran Santiago	L, M y G	Ps y So	C, J, Cl y E	I y G	Pe	
SERNAM 1	Sur	L y M	Ps, So y Ju	J, C, OC y E	I	G I	Pe
						G II	Pst
SERNAM 2	Poniente	L y M	Ps, So y Ju	C, J, Ca y E	I	G I	Ps, Pe
						G II	Ps
SERNAM 3	Oriente	L y M	Ps, So y Ju	C, OC y E	I	G I	Ps, Pe
						G II	Ps
SERNAM 4	fuera Gran Santiago	L y M	Ps, So y Ju	C, Co, J y Ca	I	G I	Pe
						G II	Ps, Pe
Programa Mun 1	Sur	L, M y G	Ps	C, Cl, Ca, J y E	I y G	Pst y C	
Programa Mun 2	Centro	L, M y G	Ps, So y Ju	J	I, G y F	Pst	
Programa Mun 3	Occidente	L y M	Ps	C, J y E	I y G	Pst	
ONG 1	Sur	L, M y G	Ps y So	C, J y E	I y G	Au, Pst y C	
ONG 2	Centro	L, M y G	Ps y So	J, E, OC, Mu, H	I y G	Pst	

²⁸ * **Foco en magnitud de violencia:** Leve (L); Moderada (M); Grave (G)

****Tipo de Atenciones:** Psicológica (Ps); Social (So); Jurídica (Ju); Médica (Me); Psiquiatra (Psq)

*****Forma de ingreso:** Interna (In); Salud Mental (SM); Instituciones Judiciales (J); Consulta Espontánea (E); Matrona (M); Programas de Depresión (D); Programa de Infancia (If); Consultorios (C); Colegios (Cl); Carabineros (Ca); Organizaciones Comunes (OC); Programas Municipales (Mu); COSAM (Co); Hospederías (H)

******Modalidad de atención psicológica:** Individual (I), Grupal (G); De pareja (P); Familiar (F), Grupo de nivel I (G I), Grupo de nivel II (G II)

*******Tipo de intervención grupal:** Psicoterapéutica (Pst); Psicoeducativa (Pe); Psicosocial (Ps); Autoayuda (A)

en que no se cuenta con alguna de las áreas de atención que se requieran, se suple habitualmente a través de un sistema de derivación a la red comunal o regional.

En relación con la forma de ingreso de las mujeres a los centros (Tabla 3), estos se realizan principalmente a través de la derivación desde otras instituciones; a todos los centros se deriva desde instituciones judiciales, tribunales de familia o fiscalía, y desde los consultorios; incluso en estos últimos es bastante común la derivación interna hecha por otros profesionales de la salud como las matronas o otros profesionales de salud mental. De hecho, existe un protocolo de salud que incluye que los profesionales de la salud, en especial las matronas, deben hacer a cada paciente algunas preguntas dirigidas a la detección de casos, pero en la práctica casi no se formulan. En los consultorios no se registra habitualmente derivación desde otras instituciones además de las mencionadas.

A los demás tipos de centros suelen llegar personas derivadas desde otras instituciones como colegios, en donde con frecuencia se detecta a través de los niños; carabineros, los que reciben denuncias, y diversas organizaciones municipales o comunitarias, que por su quehacer, se enteran de estos casos.

Asimismo, en todos los centros existe una parte de las consultas que es espontánea, preferentemente de mujeres víctimas de violencia física grave. Con frecuencia esta aumenta cuando el centro implementa alguna estrategia de difusión.

En todos los centros se realiza, además de la atención psicológica grupal indagada, atención psicológica individual (Tabla 3), variando el carácter y la cantidad de sesiones según el tipo de centro; escasa en los centros de dependencia del SERNAM, donde se tienen contempladas como máximo 4 sesiones individuales insertas en el ámbito de la primera acogida; más prolongada en los COSAM, y en centros de dependencia de ONG o programas municipales, donde existe más libertad. Incluso en uno de los centros de dependencia municipal se contempla prolongar la atención individual hasta un año. Sin embargo, en la mayoría de los centros dependientes del SERNAM y en uno dependiente de ONG en el cual no se cuenta con profesionales en el área, esta atención psicológica individual no se considera psicoterapéutica.

En relación con el tipo de grupo, se tiene por una parte lo que refieren directamente los entrevistados (Tabla 3), pero además lo que se puede considerar al revisar los objetivos y beneficios considerados en cada intervención grupal (Anexo N°4).

Según lo dicho por las(os) entrevistadas(os) en todos los tipos de centros se organiza algún grupo considerado psicoterapéutico, sin embargo los centros dependientes del SERNAM son considerados por las facilitadoras entrevistadas

principalmente como grupos psicoeducativos y/o psicosociales; de hecho, no requieren estar a cargo de un profesional de la psicoterapia. En los consultorios, todos los grupos fueron considerados psicoterapéuticos y en los COSAM lo fueron cuando actuaba de facilitador(a) al menos un psicólogo(a), en caso de ser realizados tan solo por una asistente social estos son referidos como psicoeducativos. Otra excepción la constituye el grupo de autoayuda del colectivo de monitoras, que por las mismas razones, es decir, por no contar con profesionales en psicoterapia, no se considera psicoterapéutico, sin embargo se plantean objetivos y se establece una relación terapéutica que apunta a la reparación.

Por otra parte, según las definiciones de psicoterapéutico y psicoeducativo como se mencionan en el marco teórico, la principal diferencia entre ambos se refiere a que con la psicoeducación se hace posible acceder al cambio, y en la psicoterapia se busca producir el cambio, es decir, lo psicoeducativo entrega información que posibilita el cambio y la persona que la recibe decide qué hacer con ella; en cambio, en la psicoterapia se busca un cambio consensuado entre la consultante y el psicoterapeuta, y este último despliega sus competencias en busca de que este se produzca.

En relación con las diferencias presentadas por Martínez²⁹ (2006), entre los grupos psicoeducativos y los psicoterapéuticos, en la práctica se encuentran las diferencias descritas en cuanto a los objetivos y a las interacciones, sin embargo, no la descrita en relación con la agenda predeterminada, ya que también pueden presentarla los grupos psicoterapéuticos siempre y cuando esta cuente con la suficiente flexibilidad como para trabajar con lo emergente.

Se considera que algunos de los grupos declarados como psicoeducativos, especialmente los grupos de nivel II o de autonomía-autoestima realizados en los centros de dependencia SERNAM facilitados por una psicóloga, tienen de igual forma carácter psicoterapéutico debido a que tanto sus objetivos apuntan a cambios específicos relacionados con aspectos dañados por la violencia, como porque las técnicas usadas son variadas y no exclusivamente abocadas a lo informativo o la enseñanza.

Aún así, las intervenciones grupales declaradas psicoeducativas (Ej. grupos de nivel I), tienen algunos aspectos en común: son de menor extensión, de 4 ó 5 sesiones, están a cargo de un profesional no psicólogo (asistente social o monitora) y por lo mismo no contemplan orientación psicológica específica; generalmente no

²⁹ señalado por Josefina Martínez, en el Diplomado "Perfeccionamiento y desarrollo de habilidades de Intervenciones terapéuticas grupales contra la Violencia Intrafamiliar" Universidad SEK, mayo-Noviembre 2006.

incluyen un cofacilitador, son de modalidad abierta y trabajan a niveles cognitivo y conductual. Además sus objetivos apuntan principalmente a problematizar la situación o a proveer herramientas o conocimientos específicos que les ayude a salir de su situación.

Por el contrario para que la intervención grupal sea declarada psicoterapéutica se considera clave el que exista un profesional psicólogo(a), quien puede adscribirse a alguna orientación teórica particular, o en el caso de denominarse de orientación ecléctica frecuentemente tienen tendencia hacia alguna orientación (en su mayoría sistémica). Además estas son de mayor extensión, en general de más de 12 sesiones, algunas de 24 sesiones y otras continuas; en su mayoría consideran ser facilitados por 2 cofacilitadores (en dupla psicosocial), son de modalidad abierta hasta el primer tercio del total de sesiones y trabajan a todos los niveles mencionados.

En cuanto a los grupos de autoayuda, aunque sólo se conoció una de estas experiencias, basta para considerar que estos, a pesar de no ser realizados por profesionales de la salud mental, tienen un muy alto valor psicoterapéutico, en especial debido a que se logra una complicidad mayor entre las facilitadoras y las participantes, lo cual hace que se conviertan en un espacio de gran apoyo y alta cohesión grupal, donde se generan fuertes vínculos entre las participantes e intercambio de experiencias y aprendizajes.

A lo anterior se suma que, en el caso de las facilitadoras del grupo de autoayuda indagado, estas realizaron un trabajo profundo y prolongado con la temática, primero consigo mismas y después capacitándose para ser monitoras.

Al centrarse en los objetivos, tópicos y beneficios señalados para cada intervención grupal, se puede decir que la mayoría de estas tienen a la vez características de psicoterapéuticas, de comunitarias o psicosociales y de psicoeducativas. Las diferencias están en cómo se plantean como grupos desde la institución o desde los facilitadores(as). Aquello se puede apreciar en las conclusiones de cada ficha técnica (Anexo N° 4).

Sobre la base de esta recategorización, se puede decir que los centros de APS o consultorios presentan características más propias de lo psicosocial, los COSAM más propias de lo psicoterapéutico, los centros dependientes del SERNAM, más propias de lo psicoeducativo y psicosocial, y los dependientes de programas municipales u ONG, más propias de lo psicoterapéutico y psicosocial.

Por otra parte, en cada ficha técnica se incluyó un flujograma de atención (ver Anexo N° 4). En ellos se puede ver en más detalle cómo se van siguiendo las distintas atenciones en los distintos centros. Corresponde decir que son tan sólo una generalización de la práctica, que habitualmente es flexible y actúa según cada caso

en particular. De todos modos, estos presentan gran diversidad. Sin embargo, existen algunas tendencias: en todos los centros se inicia con una primera acogida o entrevista de ingreso, que dura entre 1 y 4 sesiones, en la que se realiza la acogida o contención y se evalúa a la mujer en general y la violencia en particular. Esta la realiza un profesional asistente social o psicólogo y luego se pasa a atención psicológica individual o grupal, o a individual y después grupal.

En su mayoría, en los consultorios, después de la primera acogida se decide si la mujer pasa a atención individual o grupal, ya que solo se pasa a atención individual en los casos más complejos.

En los COSAM el flujo es variable; en algunos se conserva el mismo esquema recién descrito, en cambio en otros se tiene establecida la atención psicológica individual previa a la grupal como un requisito. Además, en algunos se dan intervenciones grupales en dos niveles y en otros se incluye en forma separada un proceso de entrevista entre la primera acogida y la atención individual.

En los centros dependientes del SERNAM, estos siguen un formato protocolizado, en que la primera acogida se hace con atención individual con un máximo de 4 sesiones; luego se pasa a grupo de acogida, enseguida a grupo de autonomía-autoestima y finalmente a grupo de autoayuda.

En los centros de dependencia municipal también se pasa primero por atención individual y en la mayoría se continúa con atención individual después de terminada la atención grupal.

En los centros de dependencia de ONG se realiza trabajo individual y grupal según las consideraciones de cada caso.

3.2.1.1 Objetivos del programa de intervención

Los objetivos de los programas de intervención con mujeres víctimas de violencia doméstica según como los enuncian las(os) entrevistadas(os) (Tablas 4 y 4.1), tienen principalmente dos finalidades: una es erradicar la práctica de la violencia, por ejemplo detener o disminuir la violencia, y la otra problematizar la violencia, objetivo que apunta a que la mujer se dé cuenta de la experiencia que vive y sobre esa base decida cambiarla, es decir:

- *Erradicar la violencia doméstica*, lo que a su vez es planteado con verbos como: disminuir, salir, resolver, parar, o distanciar las manifestaciones.
- *Problematizar la violencia doméstica*, lo que a su vez es planteado con verbos como: desnormalizar, darse cuenta, tomar conciencia, entre otros. Con este objetivo se busca que las mujeres tomen conciencia de su experiencia de

violencia y todos los aspectos involucrados en ella, para que esta situación se mantenga. Aspectos como ciclos de la violencia, patriarcado, relación de dependencia u otros, se presentan al grupo como temas de reflexión.

TABLA 4: OBJETIVOS DEL PROGRAMA

Tipo centro	Objetivos del Programa de Intervención
APS 1	Dar tratamiento integral con el fin de detener la violencia.
APS 2	Desnormalizar la violencia.
APS 3	Problematizar el fenómeno de la violencia.
APS 4	Generar procesos que las ayuden a salir de su actual situación.
COS 1	Trabajar y entregar herramientas y estrategias para la resolución de conflictos de formas no violentas
COS 2	Apoyar la erradicación de la VIF. Que logren resoluciones de los conflictos alternativas a la violencia
COS 3	Detener la violencia. Evaluar los factores de riesgo existentes en la familia.
COS 4	Darse cuenta de la experiencia de violencia.
COS 5	Contribuir o facilitar a la disminución de la violencia intrafamiliar. Parar la situación de violencia de quienes consultan y disminuir los daños, en cuanto a frecuencia y magnitud.
COS 6	Darse cuenta de la situación de violencia.
COS 7	Ayudar a detener la VIF
SER 1	Detener o disminuir la violencia. Generar conciencia de la experiencia de violencia.
SER 2	Que la mujer termine con la situación de violencia.
SER 3	Disminuir la violencia contra la mujer desde la pareja
SER 4	Detener o disminuir los hechos de violencia de la pareja
Mun 1	Disminuir la violencia en la comuna. Evitar la victimización secundaria. Evitar que se den deserciones en el tiempo de ruta crítica. Que las instituciones realicen lo que refieren y de forma eficiente. Que las mujeres se empoderen, dándose cuenta de sus experiencias y tomando sus propias decisiones.
Mun 2	Eliminar o Disminuir las manifestaciones de violencia.
Mun 3	Intervenir en la relación de violencia para reparar el daño.
ONG 1	Fortalecer a las mujeres para que sean capaces de tomar sus propias decisiones.
ONG 2	Sacar a la mujer y sus hijos de la violencia en la que vive en su casa, recuperando el derecho a una vida sin violencia.

TABLA 4.1: OBJETIVOS DEL PROGRAMA

Tipo centro	Objetivos del Programa de Intervención
APS 1	1
APS 2	2
APS 3	2
APS 4	1
COS 1	3
COS 2	1 y 3
COS 3	1
COS 4	2
COS 5	1
COS 6	2
COS 7	1
SER 1	1y 2
SER 2	1
SER 3	1
SER 4	1
Mun 1	1, 4 y promoción
Mun 2	1
Mun 3	4
ONG 1	4
ONG 2	1

1: Objetivos relacionados con erradicar la situación de violencia, ya sea a través de salir, disminuir, detener, protegerse, considerar los riesgos, etc.

2: Objetivos relacionados con darse cuenta de esta situación, ya sea a través de problematizar, desnormalizar, tomar conciencia, etc. Para a través de ello avanzar hacia el objetivo 1 o 4

3: Objetivos relacionados con adquirir herramientas o estrategias con el fin de lograr el objetivo 1 o 4.

4: Objetivos relacionados con reparar daños específicos en estas mujeres, específicamente reempoderarlas o fortalecerlas para que tomen decisiones propias.

Los demás objetivos planteados, aunque con mucha menor frecuencia, se vinculan con reparar en las mujeres aspectos dañados por la violencia doméstica, y con ayudarlas a que se responsabilicen por su vida y tomen decisiones, lo que se puede expresar con el término “empoderamiento” o a través de que adquieran herramientas específicas para cumplir los objetivos antes mencionados.

Como se puede observar (Tabla 4.1), el objetivo para el programa de intervención más habitual es el relacionado con la erradicación de la violencia.

3.2.2 Metodología de la intervención grupal

Un primer aspecto a considerar respecto de la metodología, tiene relación con la existencia en algunos centros de más de un tipo o nivel de intervenciones grupales. Se observa que en algunos COSAM se implementa de esta forma conformándose dos tipos de grupos consecutivos, con objetivos diferentes. Los primeros grupos apuntan a la sensibilización o a problematizar, y los segundos a la reparación o al enfrentamiento. Asimismo, en los centros dependientes del SERNAM, las intervenciones grupales están protocolizadas de esta manera, con un primer grupo de acogida y un segundo grupo de autoestima-autonomía.

Como se observa en la tabla 5, el origen en el tiempo de las intervenciones grupales se remonta a 1992, la más antigua, llega al 2006, año en el que la información se recopila. El lugar en el que se han realizado por más tiempo este tipo de intervenciones es el Centro de Atención y Prevención en VIF de la Municipalidad de Santiago, correspondiente al centro de este tipo de la zona centro. Por su parte, los centros de dependencia del SERNAM, según se relata en el marco teórico, se instalan desde el 2001, sin embargo, van cambiando de organismos ejecutores por lo cual se mencionan años más recientes de origen. Por el contrario, un centro de este tipo que tiene larga data, desde 1994, se debe a que funcionaba como tal desde mucho antes de depender del SERNAM.

La composición de los grupos se plantea en su mayor parte y en todo tipo de centros, heterogénea en tipo y magnitud de violencia y homogénea en género y problemática, es decir, en un grupo suelen mezclarse mujeres víctimas de violencia de tipo física, económica, sexual y psicológica (aunque, como se mencionó, las que sufren de este último tipo no suelen consultar). La excepción a este tipo de composición es la intervención realizada en un COSAM en el que se combinan problemáticas: en la intervención grupal además de mujeres víctimas de violencia se agrupan mujeres con depresión y con problemas ansiosos. Esta modalidad es común en consultorios y en algunos COSAM, en especial en la actualidad debido a que

TABLA 5: METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN GRUPAL³⁰

Tipo centro	Data inicio Int. Grupal	Composición *		Escenario **	Tamaño (mín.y máx.)	Nº sesiones	Duración sesión (hrs)	Frecuencia semanal	Modalidad***	Criterios de exclusión* ***	Preparación pregrupal	Encuadre* ****
		Ho	He									
APS 1	1994 a 2003	G - P	V - E	Sala	4 y 12	10	2	1	Abierto	Psi, OH, VG	SI	C, A, P
APS 2	2004	G - P	V - E	Gim.	4 y 12	8	2	1	B hasta 3ª	D, TP, A, VG	SI	C, A, P, V
APS 3	2002	G - P	V - E	Gim.	4 y 12	8	1,5	1	Cerrado	TP, S, VG	SI	A, P
APS 4	2003	G - P	V - E	Sala	8 y 12	12	2	1	B hasta 4ª	V, VG	SI	C, P, NAg, V
COS 1	2002	G - P	V - E	Sala	6 y 15	8	2, 5	1	B hasta 2ª	V, VG	SI	C, A, P, V, Co
COS 2	NN	G - P	V - E	Sala	4 y 15	20 a 24	2	1	Abierto	TP, VG	SI	A, P, R, E, Pa
COS 3	2001	G - P	V - E	Sala	4 y 12	8 a 10	2	1	Cerrado	TP, N	SI	C, R, V
COS 4	1995	G - P	V - E	Sala	4 y 15	9	2	1	B hasta 3ª	TP, Psi	SI	C, Co, R, V, NO, NAg
COS 5	1994	G - P	V - E	Sala	4 y 10	4 a 5 10 a 12	2	1	Abierto B hasta 2ª	ninguna TP, RM	SI	C, A, E, R, P, Co
COS 6	2006	G	P-V-E	Sala	8 y 12	24	2	1	B hasta 3ª	TP	SI	C
COS 7	1992	G - P	V - E	Sala	3 y 6	10	1,5	1	Abierto	TP	SI	Indefinidas
SER 1	1994	G - P	V - E	Sala	4 y 15	4 8	2 a 2,5	1	B hasta 3ª Cerrado	D, TP, N, VG	SI	C, R, E, NAc, NCr
SER 2	2004	G - P	V - E	Sala	6 y 20	4 8	2	1	B hasta 2ª Cerrado	VG	SI	C, A, NCr, E, NAc
SER 3	2006	G - P	V - E	Sala	4 y 15 6 y 15	4 8	2	1	B hasta 2 o 3ª Cerrado	VG	SI	C, A, P, R, Co,
SER 4	2004	G - P	V - E	Sala	8 y 20	4 8	2	1	B hasta 2ª Cerrado	VG	SI	C, A, P, V, R, E
Mun 1	2004	G - P	V - E	Sala	7 y 12	24	2,5	1	Abierto	VG, N	SI	C, E, R, NAc, NCa
Mun 2	1990	G - P	V - E	Sala	4 y 15	24	2	1	B hasta 8ª	TP, D	SI	C, P, E, R, NAg, NCr
Mun 3	2005	G - P	V - E	Sala	4 y 12	12	2,5	1	B hasta 5ª	TP, D, VG	SI	A, P, NCr, Co
ONG 1	2001	G - P	V - E	Sala	Indefinido	Continuo	2	1	Abierto	TP, RM, Psi	SI	C, Co, NCr, R,
ONG 2	NN	G - P	V - E	Sala	Indefin.	Conti	2	1	Abierto	TP	SI	A, P

³⁰ ***Composición Homogeneidad (Ho)/Heterogeneidad (He):** Género (G); Problemática (P); Tipo de Violencia (V); Edad (E); ****Escenario:** Sala del Centro (Sala); Gimnasio de Colegio (Gim.);

*****Modalidad:** Abierto hasta x sesión, luego cerrado (B hasta xª);

******Criterios de exclusión:** Trastornos Psicóticos (Psi); Alcoholismo (OH); Violencia muy grave (VG); Trastornos de personalidad (TP); Depresión (D); Cuadros Ansiosos (A); Riesgo Vital (V); Retardo Mental (RM); Negación al Trabajo grupal (N);

*******Encuadre:** Confidencialidad (C); Puntualidad (P); Asistencia (A); Compromiso (Co); Voluntariedad de participación (V); Respeto por sí misma y las demás (R); No agredir (NAg); Asistir sola (S); Escuchar a las demás (E); Participar (Pa); No aconsejar (NAc); No criticar o juzgar (NCr); No Calmar (NCa)

existen recursos especiales para depresión por ser parte de la cobertura del plan AUGE. En la muestra de esta investigación no se encuentran ya que se seleccionó de esta manera, sin embargo, la recién referida se conservó con el fin de observar las diferencias.

Casi siempre el escenario de las intervenciones grupales (Tabla 5), se compone de salas de grupo adecuadas del mismo centro, las excepciones se presentan en algunos consultorios y COSAM, los que carecen de infraestructura adecuada. Esta diversidad se relaciona principalmente con el tiempo de existencia del recinto, es decir, existen consultorios que funcionan en recintos antiguos que tienen una infraestructura deficiente a diferencia de consultorios construidos recientemente que cuentan con lo necesario para el trabajo grupal. De hecho, en uno de estos consultorios, por no tener la infraestructura necesaria, la intervención grupal se realiza en el gimnasio de un colegio cercano, y en cambio en otro, inaugurado y construido recientemente, se cuenta con una sala de grupo adecuada especialmente creada para este tipo de intervenciones.

El tamaño de los grupos (Tabla 5), varía entre 4 y 20 participantes. En los consultorios, de entre 4 y 12, en los COSAM y en los centros de dependencia municipal, entre 4 y 15, en los de dependencia SERNAM entre 4 y 20, y en los de dependencia de ONG, indefinidos.

La duración de los grupos (Tabla 5), varía entre 4 y 24 sesiones, o son continuos. La mayoría abarca 8 sesiones. En los consultorios, los grupos suelen durar entre 8 y 12 sesiones, en los COSAM entre 8 y 24, en los centros de dependencia SERNAM duran 4 sesiones y 8 sesiones, en los de dependencia municipal entre 12 y 24, y los de dependencia de ONG son continuos.

La duración de cada sesión oscila entre 1 hora y 30 minutos y 2 horas y 30 minutos, aunque la mayoría dedica 2 horas a cada sesión.

Todas las intervenciones grupales tienen una frecuencia de una vez por semana.

La modalidad de apertura de las intervenciones grupales está equitativamente distribuida, entre los grupos cerrados, abiertos y abiertos hasta el primer tercio de la duración total del grupo.

El que los grupos sean abiertos o cerrados depende de cómo se plantee el grupo y de las necesidades de la práctica, es decir, de si se plantea la necesidad de que este se conforme como tal y exista proceso grupal, y de si están o no con alta demanda. Para satisfacer ambos aspectos se consideran dos posibilidades: la realización de grupos en dos niveles, un primero de contención abierto y continuo, con

pocas sesiones, y un segundo de psicoterapia, cerrado o que se cierre luego de algunas sesiones, de larga duración, donde se pueda aprovechar mejor para profundizar y hacer reparación aprovechando el proceso grupal; o la realización de un solo grupo de larga duración, que pase por ambas etapas. Estas metodologías son actualmente usadas en algunos de los centros indagados: en dos COSAM se realiza a dos niveles, y en otros dos se realizan intervención grupal de 24 sesiones, al igual que en dos de los centros de dependencia municipal, abordándose ambas etapas. Por su parte, las intervenciones grupales de los centros dependientes de ONG son continuas y también tienen objetivos que apuntan a ambas etapas.

Como parte de la selección grupal, ocasionalmente se considera como criterio de exclusión que las mujeres sean víctimas de violencia grave. Esta magnitud no es atendida en consultorios y centros de dependencia municipal o del SERNAM, pero incluso en algunos COSAM donde si se atiende, esta no está incluida en las intervenciones grupales. Las explicaciones dadas habitualmente son que estas mujeres requieren una atención mucho más personalizada, por encontrarse más dañadas, o que es necesario primero tomar medidas de precaución, por los riesgos que presentan, derivándolas a las instituciones que correspondan.

Otro criterio común de no inclusión utilizado en estos centros para el trabajo grupal es la comorbilidad con trastornos de personalidad, lo cual se explica porque las personalidades de estas mujeres suelen ser muy disruptivas para el grupo. Asimismo, se mencionan como criterios para no incluir en los grupos, aunque en menor frecuencia, el tener comorbilidad con depresión grave, trastornos psicóticos, riesgos vitales, retardo mental o alcoholismo.

En relación con la selección hay que considerar que un miembro del grupo con una conducta extremadamente desviada atentará contra la cohesión grupal, por lo que resultan necesarios la evaluación previa y los criterios de exclusión. Esto se contempla en las intervenciones grupales investigadas, pero habitualmente aquellos criterios se han ido estableciendo luego de haber tenido experiencias de grupos no exitosos atribuibles a alguna participante que tenía una conducta muy desviada. De hecho, generalmente los criterios de exclusión se limitan a excluir a mujeres con aquellas características a las que se han enfrentado, así por ejemplo, si en un centro nunca ha consultado una mujer con comorbilidad con trastorno de personalidad, esto no se tiene contemplado como criterio de exclusión.

En todos los centros se hace algún tipo de preparación previa al trabajo grupal, realizada en la primera acogida o en algunas sesiones de atención psicológica individual. Vinogradov y Yalom (1996) la consideran como una tarea esencial del terapeuta. Sin embargo, también esto fue un aprendizaje a partir de la experiencia; de

hecho, en los centros dependientes del SERNAM hubo cambio, de pasar, la mujer atendida una vez ingresada al centro, directamente a la intervención grupal a contemplar hasta 4 sesiones individuales en forma previa a lo grupal.

En relación con el encuadre o normas grupales que se explicitan (Tabla 5), la mayoría considera la confidencialidad, la asistencia y la puntualidad; otros aspectos considerados son el respeto, que incluye tanto el respeto a sí misma como por las otras, respeto por la escucha, los tiempos y decisiones de cada cual, el no agredirse, no juzgar, no aconsejar y no calmar. Además, se considera el compromiso con el grupo y la voluntariedad de la participación. Estas normas frecuentemente son planteadas por las facilitadoras en la primera sesión, y en algunos casos son acordadas de manera conjunta con las participantes.

La casa de acogida investigada presenta dificultades particulares en lo que se refiere a establecer normas grupales, debido a que por el hecho de ser una institución donde las mujeres habitan, se hace difícil ponerles limitaciones de asistencia u horario. De igual manera, en este lugar se dificulta generar un espacio clásico de psicoterapia, debido a que las mujeres suelen usarlo para criticar, tanto a la institución como a sus compañeras.

En relación con el uso de técnicas en las intervenciones grupales (ver Anexo N°4), este es habitualmente ecléctico, con técnicas provenientes de muy diversas orientaciones, sin una tendencia particular ni diferenciación entre tipos de centros.

Las técnicas mencionadas con mayor frecuencia fueron: técnicas psicoeducativas, conversación dirigida, dinámicas de grupo, trabajo corporal, técnicas gestálticas, lúdicas, proyectivas y psicodinámicas, entre otras.

3.2.3 Las(os) facilitadoras(es) grupales

En relación con el facilitador, como se puede observar en la tabla 6, se utiliza coterapia o cofacilitación en la mayoría de los grupos; en los que no se utiliza se considera que esta sería lo más adecuado, pero no es posible por escasez de recursos.

En los casos en que se utiliza coterapia o cofacilitación, esta es mayoritariamente en dupla psicosocial, de psicóloga y asistente social. En esos casos, la mitad es una dupla mixta en género, en que el psicólogo es hombre. Varios facilitadores recomiendan esta mezcla, debido a que a pesar de que en un comienzo complejiza la relación con el grupo, una vez superado, puede ser aprovechado para la terapia.

De todas las intervenciones grupales investigadas, tan solo en 3 ocasiones hay

un facilitador de género masculino, dos de ellos en consultorios y uno en un COSAM. Los 3 poseen profesión de psicólogos y realizan el rol de facilitador grupal junto a una profesional de género femenino asistente social.

TABLA 6: EL O LA FACILITADOR(A)³¹

Tipo centro	Co facilitadores	Profesión* y sexo**	Roles principales***
APS 1	SI	Ps-M y AS-M	Mo, Cl, R, D, Ct
APS 2	SI	Ps-H y AS-M	Co, D, Ct, FI
APS 3	SI	Ps-M y AS-M	T, E, I, EI
APS 4	NO	Ps-M o AS-M	F, G, EI, A, V
COS 1	SI	Ps-H y AS-M	Ct, Pe
COS 2	SI	Ps-M y Ps-M	F, EI, Co, Mov, Ref, Ct
COS 3	SI	Ps-M y AS-M	At, Ct, F, Di, Pe, FI, Cla
COS 4	SI	Ps-H y AS-M	Cli, D, Ct, Mt
COS 5	NO	AS-M	At, FI, Cli, Ac, G,
	SI	Ps-M y AS-M	Mo, Ct, Pe, Mov
COS 6	SI	Ps-M y AS-M	D, Pe, Ct, A
COS 7	NO	AS-M	Pe, Ct
SER 1	SI	M-M y Ps-M	Ct, Mo, Re, Ref
		Ps-M y M-M	
SER 2	NO	M-M	Mo, Pe, Ct, E
SER 3	NO	M-M	Pe, D, Ct, N
		Ps - M	
SER 4	SI	M-M y Ps o AS-M	O, Mo, Mt
		Ps-M y M-M	Ct, Cli, At, Re
Mun 1	NO	Ps-M	Co, F, Ref, Cla
Mun 2	NO	Ps-M	F, Cla, Pe, D, Mo
Mun 3	NO	Ps-M	F, Es, P
ONG 1	SI	M-M y M-M	A, Ac, Ct, O, F, Pe
ONG 2	NO	Ps-M	F, Cli

³¹ ***Profesión facilitador:** Psiquiatra (Psq), Psicólogo (Ps), Asistente Social (AS), Monitora (M).

****Sexo del facilitador:** Mujer (M), Hombre (H).

*****Roles del Facilitador:** Moderar o Modular (Mo); Concluir (Co); Resumir (R); Orientar (O); Contener (Ct); Dirigir o Manejar (D); Guiar (G); Generar Discusión (Di); trabajar las Transferencias (T); Escuchar (E); Interpretar (I); Proyectar (P); Elaborar (EI); Facilitar (F); Acompañar (A); Valorar (V); Psicoeducar (Pe); Movilizar (Mov); Reflejar o Espejear (Ref); Nombrar (N); Atender al grupo (At); Flexible según lo que requiera el grupo (FI); Motivar por lo grupal (Mt); Estimular (Es); Generar un clima o espacio grupal (Cli).

Por otra parte, tanto desde lo teórico como en las entrevistas, muchas veces se recomienda que las facilitadoras sean mujeres, pues con ello se posibilita la identificación de género y se logra en el grupo un nivel de intimidad y comprensión empática que no es posible con un hombre como facilitador. En la práctica, son pocos los terapeutas varones que trabajan en grupo con esta temática, sin embargo, más importante que el género es que tengan los conocimientos necesarios sobre la violencia de género y la perspectiva de género, además de evaluar las propias posiciones y creencias frente al tema. De hecho, se considera que se puede aprovechar el uso de una pareja mixta en género, para que las mujeres participantes desmitifiquen la visión que tienen habitualmente del hombre. Aun así, hay que considerar que en un primer momento del trabajo grupal se facilita el proceso al contar con una terapeuta mujer, con la cual compartir corporalidad y subjetividad, empatía, acogida y modelaje.

En relación con esto último, si bien una facilitadora tiene cercanía con la mujer y ha sufrido probablemente discriminaciones y violencia de género, existen diferencias en cuanto a la magnitud de estas, dadas por la diferencia cultural que aporta el estatus de profesional. Esto algunas veces lo destacan las propias mujeres participantes (como lo mencionan algunos entrevistados), por lo cual hay que tenerlo en consideración. Si bien todas las mujeres somos posibles víctimas de violencia de género, las mujeres que se atienden en los centros indagados tienen menos posibilidades de acceder a mecanismos de salida y a ello suman otras condiciones de vulnerabilidad social.

En relación con los roles que asumen los facilitadores (Tabla 6), estos son muy variados. Uno de los más mencionados es el de contener, no obstante también aparecen los de facilitar, dirigir o manejar, moderar, enseñar o psicoeducar, generar discusión, generar un determinado espacio o clima, entre otros.

Además, como se describe en las fichas (anexo N°4), se considera que las(os) facilitadoras(es) grupales entrevistadas(os) se plantean, para realizar el trabajo grupal, la actitud básica descrita en el marco teórico de una relación terapéutica de interés, aceptación, sinceridad y empatía con el paciente. La excepción la constituyó una facilitadora de orientación psicoanalista, que utilizaba la angustia que genera un estilo relacional poco contenedor para hacer psicoterapia.

Por otra parte, no se tienen asumidas algunas tareas allí mismo descritas, ya que prácticamente no se mencionan la creación y la mantención del grupo, ni la elaboración e iluminación del “aquí y ahora” como tareas del facilitador. Sí se suele tener más considerada la elaboración de la cultura grupal.

Además, se considera que sean profesionales o monitoras; las intervenciones

grupales deben ser realizadas por facilitadoras(es) debidamente capacitados o con experiencia, tanto en temas de violencia de género y doméstica, como en intervenciones grupales.

Si bien existen muchos facilitadores de grupos que han recibido capacitación específica en VIF, muchos de ellos tan solo la recibieron una vez que ingresaron como profesionales a los respectivos programas; otros tantos señalan no haber sido capacitados en específico en la temática aunque sí contar con una vasta experiencia.

Por otra parte, son muy pocos lo que señalan tener algún tipo de capacitación en intervenciones grupales en específico; y sólo algunos refieren tener experiencia en ellas. El que no esté comúnmente contemplado puede deberse al supuesto de que alguien capacitado para hacer psicoterapia tendrá tanta capacidad para el trabajo grupal como individual. Sin embargo, se considera que se necesita capacitación o habilidades específicas para el trabajo en grupo.

Un caso destacable es el de las monitoras del colectivo Andrea Araneda, quienes fueron capacitadas durante 3 años. Trabajaron en una primera etapa desde sus propias experiencias y finalmente se formaron como monitoras en violencia.

Las capacitaciones específicas en VIF han sido entregadas principalmente por el SERNAM y La Casa de la Mujer La Morada. Esta última se destaca por ser un centro dependiente de ONG que trabaja con instituciones estatales, se genera con ello un diálogo entre ambos sectores que no había sido habitual anteriormente.

Otro espacio de capacitación es el que se puede establecer a través del intercambio con otros centros que realizan la misma práctica, esto se suele realizar aunque muchas veces tan solo a nivel comunal, lo cual no es de gran ayuda, en especial para los COSAM, debido a que generalmente existe solo uno por comuna y suelen ser los únicos que realizan atención secundaria. Asimismo, los centros dependientes de SERNAM solo están realizando intercambio entre ellos.

3.2.4 Teoría de la intervención grupal

Se puede observar en la tabla 7 que, como orientación psicológica predominante en los grupos, se contemplan más bien de manera ecléctica o integrativa con alguna tendencia a una u otra orientación según la propia orientación del facilitador(a) del grupo, en caso de que este tenga profesión de psicólogo. Entre estas tendencias, la más frecuente es la orientación sistémica.

Por otra parte, en las intervenciones grupales de los centros dependientes del SERNAM la orientación no es psicoterapéutica sino que estos grupos están mencionados como psicoeducativos.

Entre las perspectivas consideradas en los grupos (Tabla 7), casi todos contemplan el enfoque de género, la mayoría una visión sistémica o más específicamente una visión ecológica, y otros tantos una perspectiva transgeneracional. Los centros de dependencia del SERNAM son homogéneos en cuanto a las perspectivas consideradas. Estos contemplan el modelo ecológico y la perspectiva de género.

Aunque es habitual considerar la perspectiva de género, muchas veces esta es impuesta desde el organismo del cual depende el centro. En los consultorios, se impone desde el Minsal; en uno de ellos se menciona que el tener que contemplarla es un problema, ya que victimiza a la mujer y no ayuda a que esta se haga responsable por su vida. Se considera que esto es un mal entendimiento de esta perspectiva, pues esta se refiere a que el macrosistema de creencias y valores culturales genera asimetría de poder entre hombres y mujeres a través de la que se mantiene y justifica la violencia doméstica. Con ella se contempla la fuerte influencia que tiene la cultura, lo social, en la ocurrencia de la violencia doméstica, pero no se dice que sea determinante; el macrosistema puede cambiar, y a ello ha de estar dirigida también la intervención, a modificar creencias culturales.

Además, es importante considerar que esta perspectiva explica desde el macrosistema cómo se produce y mantiene la violencia doméstica, pero que además existen otras perspectivas a considerar, que abarcan otros subsistemas, dentro de la consideración del modelo ecológico. Es decir, no por considerar lo macrosocial se obvian los demás subsistemas, incluidos los aspectos individuales y en ello la responsabilidad de la propia persona sobre su vida.

En relación con esto, la consideración de la perspectiva transgeneracional contempla el microsistema referido al sistema familiar. Los centros que consideran el modelo ecológico, explícita o implícitamente tienen contempladas todas estas perspectivas; las referidas tienen mayor relevancia por ser factores de riesgo con eficacia causal primaria.

Respecto de la victimización, además es importante considerar que esta es una consecuencia de la violencia, es decir, la mujer víctima de violencia doméstica, por la dinámica que vive, se encuentra victimizada e incluso requiere sentir que no puede hacer nada para cambiar su situación, para con ello superar la incongruencia interna que produciría la conciencia de posibilidades de salida y con ello hacer más soportable la vivencia. Por lo mismo esta deambula en su sentir desde el polo de víctima hasta el polo de culpable.

Si bien los facilitadores buscan no victimizarlas por estar afectadas por violencia doméstica, algunos facilitadores de centros que atienden a mujeres de muy

bajos estrato socioeconómico mencionan que estas mujeres suelen tener muy pocos recursos intelectuales o que son analfabetas, con lo cual justifican el ser muy concretas en la intervención; se considera importante que esto no se convierta en una nueva victimización. Se considera que aquello puede tener más que ver con las propias competencias o elecciones de los facilitadores, sobre la base de la existencia de experiencias exitosas con uso de técnicas menos concretas en grupos socioeconómicos bajos (como también es referido en las entrevistas), por lo que es importante no menospreciar las capacidades de las mujeres que acuden por ayuda.

Con respecto a los niveles considerados para el trabajo grupal (Tabla 7), todos consideran el nivel cognitivo, la mayoría el conductual, y más de la mitad los niveles emocional, corporal e interaccional. Los que consideran todos estos niveles lo hacen principalmente con una orientación integral o ecléctica, o con una orientación sistémica. Los más restringidos, que contemplan tan solo los niveles cognitivo y conductual, son los denominados psicoeducativos.

En relación con los tópicos que habitualmente se consideran y abordan en estos grupos, (Anexo N°4) los más comunes son aspectos de empoderamiento, toma de decisiones o autonomía, las etapas o ciclos de la violencia, la historia de vida y de violencia, la autoestima, los mitos o estigmas de la violencia, los aspectos legales, los aspectos transgeneracionales y los hijos, y planes de futuro, entre otros. Cabe destacar que en especial en los grupos más psicoterapéuticos aunque se tienen preparados temas, se considera lo que las participantes traen, e incluso en algunos casos no se contempla tema alguno en la consideración de esta premisa.

El abordaje de mitos o creencias acerca de la violencia tiene relación con la perspectiva de género y con el macrosistema. Además este trabajo está implícitamente inserto en uno de los objetivos que comúnmente se mencionan para las intervenciones grupales, ya que una de las formas de problematizar la violencia es desmitificando. Este trabajo es de gran importancia no sólo a nivel de estas intervenciones sino como una forma de generar cambio en las creencias y con ello en las conductas sociales. Por ello, ha de estar presente en cualquier intervención relacionada con la violencia doméstica, sea a nivel de prevención o de reparación, todo esto debido a que, como se planteó en el marco teórico, legitiman y perpetúan esta forma de violencia.

Asimismo, es habitual el trabajo con las etapas o ciclos de la violencia, lo cual se considera de importancia como base para entender la dinámica de la violencia, y con el entendimiento disminuir los niveles de angustia y lograr una mayor sensación de control, a la vez que desculpabilizarse y visualizar cómo romper esta dinámica.

Respecto de los beneficios que tienen estos grupos para las mujeres víctimas

de violencia doméstica los mencionados más frecuentemente son (Anexo N°4):

- *Superar el aislamiento*, lo que tiene relación con que el aislamiento es uno de los efectos de la violencia, y a que, más allá de encontrar compañía en el grupo, se genera un espacio donde comunicarse las experiencias vividas y darse cuenta que no son las únicas mujeres que las viven (universalización) y con ello se hace posible salir de la vergüenza.
- *Generar redes de apoyo*, lo cual apunta por una parte a tener la sensación de apoyo en el grupo, a través de la contención grupal, y por otra, conocer qué apoyos concretos les pueden prestar las instituciones y personas que conforman su red social.
- *Aprendizajes entre las participantes*, es decir, aprender de las experiencias de las demás, como por ejemplo respecto a estrategias de salida.
- *Empoderarse*, lo que se refiere principalmente a responsabilizarse por sí misma y a lograr tomar sus propias decisiones, lo que se genera a través de reconocer las propias fortalezas y capacidades, ayudada por la mirada del grupo.
- *Recuperar la autoestima*, debido a que este también es un aspecto dañado por la violencia, recuperándola a través de reconocerse, superar la culpa y la vergüenza, y de sentirse parte de un grupo, en el cual además puede apoyar a otros, entregando y recibiendo estima.
- *Reconexión consigo misma*, lo que se refiere a la reconexión con su experiencia, emocionalidad y corporalidad, y a través de ello reconocer sus potencialidades y fortalezas, deseos y necesidades, con todo lo cual puede recuperar su identidad, autoestima y empoderamiento.

Como es posible observar, los beneficios mencionados se interrelacionan. Al reconectarse, se puede recuperar la autoestima y el empoderamiento; a la vez que estos dos aspectos se vinculan, al igual que la superación del aislamiento y la generación de redes, a través de lo cual se va aprendiendo de las demás.

TABLA 7: TEORÍA INTERVENCIÓN GRUPAL ³²

Tipo centro	Orientación*	Niveles**	Perspectivas ***	Sistematización	Evaluación****
APS 1	Ec, CC	E, Cg, Cd, I, Cp	G, T, Pe, Ps	NO	Au c/sesión
APS 2	Ec, S	E, Cg, Cp	G, S	NO	Au final
APS 3	S y Pa	E, Cg	G, T	registro	Fa dev final
APS 4	Ec, S y G	E, Cg, I, Cp.	S, G, T	NO	Au final
COS 1	Ec, CC	Cg, Cd	G, T	NO	Fa registro
COS 2	I, S	E, Cg, Cd, I, Cp	S, G, T	registro	indefinido
COS 3	I (S, H y CC)	E, Cg, Cd, I y Cp	Ps, S, G, T, E	NO	Au y Fa final
COS 4	Ec, S	E, Cg, Cd, I y Cp	S, G, E, Ps	descriptiva	Fa pre y post, proceso
COS 5	Pe, I	Cg y Cd	G, S, E	registro	Fa reg. Individual
	I	E, Cg, Cd, I y Cp			
COS 6	S y Pd	E, Cg, Cd, I y Cp	S, G	registro	Au y Fa, medio y final
COS 7	Pe	Cg y Cd	Pe, G	NO	Au final
SER 1	Pe	Cg y Cd	E, G	registro	Au y Fa, proceso y final
	S	E, Cg, Cd, I y Cp			
SER 2	Pe	Cg y Cd	E, G	registro	Fa mensual
					Au final
SER 3	Pe	Cg y Cd	E, G	NO	Au final
SER 4	Pe	Cg y Cd	E, G	NO	Au final
Mun 1	Ec, CC	E, Cg, Cd, I y Cp	EP, Com	NO	Au mensual
Mun 2	SO	E, Cg, Cd, I y Cp	S, G	registro	Fa 3 sesiones finales
Mun 3	S y H	E, Cg, I y Cp.	S, G, T	registro	Au y Fa final
ONG 1	SO	E, Cg, I y Cp.	E, G	NO	Au y Fa constante
ONG 2	SO	E, Cg e I	D, G, T	NO	Au gral programa

La sistematización tan solo se realiza en uno de los centros investigados, en un

³² ***Orientación:** Ecléctica (Ec), Integrativa (I), Cognitivo Conductual (CC), Sistémica (S), Psicoanalítico (Pa), Humanista (H), Géstáltica (G), Psicodramática (Pd), Psicoeducativa (Pe), Sin Orientación (SO).

****Niveles:** Emocional (E), Cognitivo (Cg), Conductual (Cd), Interaccional (I), Corporal (Cp).

*****Perspectivas consideradas:** Sistémica (S); de Género (G); Transgeneracional (T); Psicoeducativa (Pe); Ecológica (E); Educación Popular (EP); Comunitaria (Com); de Derechos (D); Psicosocial (Ps).

******Evaluación:** Autoevaluación (Au); evaluación del Facilitador (Fa).

COSAM, donde se lleva a cabo de manera descriptiva, sin embargo, en muchos centros se hace un registro del grupo sesión a sesión. Si bien el solo registro no es una sistematización, es el primer paso para llevarla a cabo.

La evaluación de los grupos suele hacerse a través de una autoevaluación realizada por las participantes y/o una evaluación por parte de las(os) facilitadoras(es) y/o de manera conjunta, pero comúnmente al finalizar el trabajo grupal. En algunos casos se hacen evaluaciones de forma periódica.

3.2.4.1 *Objetivos de la intervención grupal*

Al revisar los objetivos de las intervenciones grupales enunciados por los profesionales entrevistados (Tabla 8), se observa que se pueden considerar dos grandes finalidades: erradicar la práctica de la violencia y reparar aspectos dañados por la práctica de la violencia; y que para lograrlas se plantean diversos objetivos principalmente en la línea de problematizar la violencia, reparar aspectos específicamente dañados por la violencia o generar un espacio grupal como herramienta de intervención.

Por otra parte, se plantean otros objetivos en la línea de entregar herramientas como enseñanzas específicas para lograr los diferentes objetivos mencionados.

TABLA 8: OBJETIVOS DE LAS INTERVENCIONES GRUPALES

Tipo centro	Objetivo del grupo (1)	Objetivo del grupo (2)	Objetivo del grupo (3)	Objetivo del grupo (4)	Objetivo del grupo (5)
APS 1	Adquirir herramientas para enfrentarse a la experiencia y superarla.	Recuperar la autoestima dañada.	Darse cuenta de las posibilidades alternativas.	Hacer consciente de los diversos tipos de violencia.	
APS 2	Generar conciencia de la violencia. Ayudar a que generen relaciones de poder más simétricas con sus parejas	Empoderar y Fortalecer la autoestima de la mujer.	Trabajar con los estigmas de la violencia.	Entregar herramientas legales. Potenciar habilidades y recursos personales.	Reconectarse con su experiencia, emocionalidad y corporalidad
APS 3	Hacer consciente la violencia	Reconocer y trabajar con los mecanismos defensivos	Entregar información psicosocial	Trabajar con la angustia	Trabajar con las historias de vida y perspectivas de futuro
APS 4	Generar redes de apoyo fuertes, que las ayuden a salir de la actual situación y de la visión de si mismas.	Que las redes sean una ayuda en caso de requerirlo.	Trabajar con la historia de violencia, darse cuenta de cómo ha sido su historia.	Trabajar con fortalecimiento de si misma y mejoramiento de su autoestima.	Que la mujer asuma su responsabilidad en la forma de relación, salir del rol de víctima.
COS 1	Trabajar y entregar herramientas y estrategias para la resolución de conflictos de formas no violentas				
COS 2	Apoyar la elaboración	Fomentar el acompañamiento,	Reconocimiento de lo que está	Ayudar a que se contacten con sus	

	conjunta, con otras personas que han vivido situaciones similares, como proceso de aprendizaje vicario	salir de aislamiento, la solidaridad, ampliar redes	sucediendo. Que vayan elaborando su experiencia	emociones y salgan del discurso de contenido	
COS 3	Trabajar procesos de desarrollo personal y fortalecimiento de la autoestima y la toma de decisiones.				
COS 4	Taller nivel I: Sensibilizar a la mujer que está sufriendo violencia intrafamiliar.	Taller nivel I: Ayudar a la mujer en su desarrollo personal.	Taller nivel II: Que la mujer logre movilizarse para resolver sus conflictos.	Taller nivel II: Entregar herramientas teóricas que les permitan enfrentar de forma alternativa los conflictos.	
COS 5	Taller nivel I: Que las mujeres tomen conciencia de que su problema es violencia intrafamiliar.	Taller nivel II: Reparar los daños producto de una relación traumática de pareja.	Taller nivel II: Reforzar los contenidos del taller anterior (manifestaciones de violencia, ciclo de la violencia, etc.)	Taller nivel II: Revisar aspectos individuales de responsabilidad de la mujer en la mantención de la violencia, y ayudar a romper el círculo	Taller nivel II: Trabajar la autoestima y autoimagen deterioradas. Que aprendan nuevas formas de relacionarse en pareja.
COS 6	Generar redes sociales.	Mejorar la autoestima.	Que las mujeres sean activas o protagonistas del cambio.	Reparar temáticas puntuales de cada mujer	Enseñar cambios de rol y fomentar la empatía.
COS 7	Entregar herramientas de protección y seguridad para que las mujeres puedan salir de la situación de violencia.	Entregar herramientas a las mujeres para fortalecerlas	Que desnormalizen la violencia y perciban una vida en pareja de respeto, tolerancia y aceptación mutua, con comunicación efectiva.	Que transmitan los aprendizajes a su entorno.	
SER 1	Grupo de Acogida: Situación a las mujeres en la temática de la violencia y en el espacio grupal. Salir de la vergüenza de hablar del tema y mirarse en otras.	Grupo de Acogida: Trabajar temas vinculados con la violencia (que es la VIF, alcances, ciclo de la violencia, rabia y descontrol, etc.)	Grupo de Autonomía-Autoestima: Fortalecer a las mujeres. Que logren mirarse a sí mismas (capacidades, limitaciones, que pueden y quieren lograr, que se valoren, que se conecten con sus necesidades y deseos, etc.).	Grupo de Autonomía-Autoestima: Aprendan de la interacción con sus pares	Grupo de Autoayuda: Lograr tener objetivos en común. Que se capaciten y entreguen sus experiencias a otras mujeres en etapas previas.
SER 2	Grupo de Acogida: Fomentar a las víctimas de agresión a la participación en grupos de autoayuda. Generar la identidad dañada de la mujer al interior del grupo. Conocer los tipos de violencia. Facilitar las fortalezas y potencias individuales, y entregar herramientas que las fortalezcan.	Grupo de Acogida: Que la mujer tome conciencia de sus derechos. Que adquiera información de conceptos básicos en relación a la violencia. Entregarles información en relación a la ley de VIF. Que las mujeres sean capaces de establecer un plan de acción.	Grupo de Autonomía-Autoestima: Trabajar la autoestima dañada. Identificar fortalezas y debilidades personales. Recuperar el nivel de contacto consigo misma. Entregar herramientas para fomentar la acción personal.	Grupo de Autonomía-Autoestima: Que reconozcan los roles que asumen en la familia. Que adquieran información en relación a las instituciones y redes a las que pueden acudir.	Grupo de Autoayuda: Lograr generar un proyecto de grupo en común, integrarlas como grupo. Que las mujeres se conviertan en monitoras de violencia en su comunidad

SER 3	Grupo de Acogida: Realizar la primera acogida y contención de la mujer. Que la mujer logre generar un plan de acción en función de salir de la violencia.	Grupo de Autonomía-Autoestima: Que tome conciencia de la situación de violencia y de los vínculos de dependencia a través de los cuales se generan y mantienen.	Grupo de Autonomía-Autoestima: Ir generando mayor autonomía que se traduce en mayor autoestima y valoración personal.	Grupo de Autonomía-Autoestima: Que se den cuenta de las fortalezas y recursos personales que tienen para poder manejarse.	Grupo de Autonomía-Autoestima: Empoderar a las mujeres
SER 4	Grupo de Acogida: Reflejarles y que tomen conciencia de que su experiencia corresponde a situaciones de violencia. Problematizar. Que las mujeres sientan los beneficios del espacio grupal.	Grupo de Acogida: Informar temas vinculados con la violencia (que es la VIF, tipos, manifestaciones, ciclo de la violencia, escalada, redes de apoyo, ley de VIF).	Grupo de Autonomía-Autoestima: Mejorar la autoestima y que logren funcionar de forma más autónoma.	Grupo de Autonomía-Autoestima: Que aprendan y adquieran herramientas que les permiten un mejor desenvolvimiento. Que miren sus fortalezas y potencialidades en pro de su autoestima y autonomía.	Grupo de Autoayuda: Lo que estimen las participantes
Mun 1	Sacar a la mujer de la soledad y generar empoderamiento en las mujeres a través de la integración a una red social.	Que la mujer logre mirarse a si misma y su aislamiento, que busque salir de este.			
Mun 2	Proporcionar a las mujeres un espacio de contención.	Favorecer en la mujer la toma de conciencia de la situación de violencia y la forma en que ella participa.	Eliminar o disminuir las manifestaciones de violencia.	Interrumpir los ciclos de violencia y la intensidad de los mismos.	Desarrollar habilidades sociales que permitan la resolución de la situación de violencia.
Mun 3	Implementar un espacio terapéutico, de contención colectiva y de identificación, favoreciendo redes afectivas de apoyo. Intervenir en la relación de violencia para reparar el daño.	Distanciar las crisis. Bajar la intensidad de las crisis de agresiones. Disminuir las manifestaciones conductuales de la relación de abuso.	Eliminar las manifestaciones conductuales de violencia. Redefinir la relación de pareja. Desnormalizar la violencia.	Revisar los roles de género que validan la violencia. Resignificar la experiencia abusiva. Aumentar la autoestima. Disminuir el aislamiento emocional y social.	Mejorar el reconocimiento y expresión de emociones y sentimientos. Desarrollar la autonomía y la responsabilidad Ampliar el repertorio interaccional
ONG 1	Fortalecer a las mujeres para que sean capaces de tomar sus propias decisiones.	Que las mujeres reconozcas sus herramientas para salir adelante.	Que las mujeres perciban que los cambios son de ellas, que de ellas depende su vida, que no puede esperar a que el otro cambie.	Que las mujeres entiendan que la violencia no surge naturalmente si no que se relaciona con el tema del poder y del modelo patriarcal.	Que no reproduzcan la forma de relación violenta con los hijos.
ONG 2	Proveer un espacio para la reelaboración de la participación grupal y de la relación interpersonal.	Proveer un espacio donde compartir entre las participantes experiencias y esperanzas de cambio.	Ayudar a hacer consciente lo inconsciente en relación a la naturalización de la violencia.	Fomentar el desarrollo del empoderamiento de la mujer.	Recuperación del trauma. Trabajar con la angustia

Estos objetivos se pueden organizar en 3 grandes categorías, cada una de las

cuales agrupa diferentes campos de objetivos:

1. Erradicación de la práctica de la violencia doméstica.

Esto supone ayudar a las mujeres a salir de la situación y superarla, pero también que no vuelvan a caer en ese tipo de relaciones o patrones violentos, sacándolas de la posición de víctimas. Para ello se requieren dos tipos de movimientos: impulsarlas a cambiar su accionar en relación con su situación e incentivar la problematización³³ o desnaturalización³⁴ de la violencia. En el cambio de accionar pueden encontrarse también objetivos de otras categorías.

En esta categoría se pueden posicionar los siguientes campos de objetivos:

a.- Disminuir las manifestaciones de la violencia. Se refiere a la disminución de las manifestaciones conductuales; disminución de la frecuencia de episodios; interrumpir los ciclos de violencia; distanciar las crisis, etc. es decir, con estos objetivos se apunta paulatinamente hacia la erradicación de las conductas violentas.

b.- Adquirir competencias para resoluciones alternativas. Se refiere a adquirir conocimientos, herramientas o habilidades que les permitan resolver en forma alternativa los conflictos en las relaciones y sus vidas en general. En este campo se encuentra la consideración de las participantes del grupo como parte de quienes ponen a disposición del grupo estas competencias, lo cual se posibilita gracias a las diferentes experiencias o etapas de salida en las que se encuentran estas mujeres.

c.- Deconstruir la violencia doméstica. A través de los conceptos mencionados, como problematizar, desnaturalizar o tomar conciencia, se pretende principalmente desarticular la legitimidad de las relaciones de violencia en las relaciones de género. Para ello se puede aprovechar al grupo para contrastar las creencias existentes.

2. Reparación de los efectos en la mujer de la práctica de la violencia doméstica.

Considera los efectos ya documentados de esta práctica, pero también los que pueda presentar cada mujer, según su propia experiencia y subjetividad.

En esta categoría se pueden posicionar los siguientes campos de objetivos:

a.- Recuperar la autoestima y la autoimagen dañadas en las mujeres víctimas de violencia doméstica. Se considera que estas son algunas de las consecuencias más habituales para estas mujeres y que se relacionan con distintos aspectos de su

³³ "Proceso de análisis crítico de las circunstancias de vida y del rol que en ella desempeña la persona, que cuestiona las explicaciones y las consideraciones habituales acerca de esas circunstancias". (Montero, 2004, p. 293)

³⁴ "Examen crítico de aquellas nociones, creencias y procedimientos que sostienen los modos de hacer y de comprender en la vida cotidiana, de tal manera que lo desnaturalizado sea desprovisto de su naturalidad mostrando su carácter construido. Consiste en problematizar el carácter esencial y natural adjudicado a ciertos hechos o relaciones, revelando sus contradicciones, así como su vinculación con intereses sociales o políticos". (Montero, 2004, p.287)

desarrollo integral. Para ello se busca la reconexión y expresión de la mujer, reconectándola con su experiencia, emocionalidad y corporalidad, y el desarrollo personal en general. Este aspecto también es facilitado por el grupo, debido a que las mujeres que los componen entregan y reciben estima de las demás, lo que las ayuda a recuperar la propia.

b.- Situar la propia experiencia de violencia en el contexto de la trayectoria de la biografía personal y social. Se refiere a la revisión de su historia y su problematización. Este aspecto también es facilitado por el grupo, ya que, como ya se mencionó, el grupo favorece la problematización.

c.- Superar el aislamiento de la mujer. También se plantea como superar una consecuencia de la violencia doméstica, y que a la vez se vincula con la mantención de esta. Esto se logra gracias al grupo.

3. *Generar autonomía en las mujeres víctimas de violencia doméstica.*

Se refiere tanto a aspectos individuales como sociales, es decir, a que las mujeres puedan tomar decisiones y hacerse cargo de su vida, y a que puedan adquirir autonomía asumiendo su subsistencia.

En esta categoría se pueden ubicar los siguientes campos de objetivos:

a.- Empoderar³⁵ o fortalecer a la mujer. En la expresión de este objetivo no se clarifica la definición de este término ni si se refiere a alguna esfera específica de la vida. Se pueden considerar como parte de este, a partir de la definición de fortalecimiento de Montero (2004), algunos objetivos como establecer relaciones de poder simétricas en la pareja, que las mujeres se responsabilicen por sus vidas y que tomen decisiones. En la definición de fortalecimiento se considera a miembros de una comunidad, por lo cual la grupalidad se menciona necesaria para su logro.

b.- Exploración de los propios recursos de la mujer. Se refiere a reconectar a la mujer con sus propias potencialidades, capacidades, fortalezas, herramientas, etc. El grupo puede también potenciar este reconocimiento a través del “espejar” de las demás participantes.

c.- Generar redes de apoyo. Esto se relaciona con lo ya dicho de salir del aislamiento, pero que desde la autonomía se refiere a la generación de redes

³⁵ Maritza Montero (2003), rechaza el neologismo empoderamiento para referirse al término en la lengua inglesa de *empowerment*, por considerar que puede tener acepciones inadecuadas y a que es innecesario debido a que existe en la lengua castellana un término que ha sido utilizado para referirse a lo mismo, el cual es fortalecimiento, que se define como “el proceso mediante el cual los miembros de una comunidad (individuos interesados y grupos organizados) desarrollan conjuntamente capacidades y recursos para controlar su situación de vida, actuando de manera comprometida, consciente y crítica, para lograr la transformación de su entorno según sus necesidades y aspiraciones, transformándose al mismo tiempo a sí mismos” (Montero, M., 2004, p. 289).

sociales³⁶ que ayuden a poner en acción los recursos propios en pro de salir de las condiciones adversas y mejorar la calidad de vida. No se especifica tampoco la definición de este término, ni se especifica si se refiere a determinado tipo de organizaciones. En la definición de redes sociales se consideran las relaciones interpersonales e intergrupales, las que son fomentadas en el grupo.

Esta categoría, a pesar de que contempla objetivos que se consideran fundamentales para que la mujer pueda salir y no volver a ser parte de situaciones de violencia doméstica, no son suficientemente aclaradas; no se explicita, por ejemplo el que las mujeres logren autonomía económica a través de su inserción laboral.

Se debe tener en consideración que con esta categorización se busca obtener un ordenamiento que facilite la comprensión, pero que en la práctica muchos de los objetivos se interrelacionan, por ejemplo, existe relación entre autonomía y autoestima, la cual incluso se hace patente en varios de los objetivos expresados.

La mayoría de los objetivos se potencian y requieren de la grupalidad, por lo cual se considera que un metaobjetivo es que el grupo se constituya en la principal herramienta de intervención grupal.

3.2.5 Las intervenciones grupales

Integrando la información recopilada, se puede decir que las intervenciones grupales con mujeres víctimas de violencia doméstica que se realizan en Santiago de Chile tienen las siguientes características, en relación con la metodología y la teoría de la Intervención grupal.

Metodología

- Tienen una composición habitualmente heterogénea en cuanto a edad y tipo de violencia y homogénea en cuanto a género y problemática.
- Generalmente se realizan en una sala para grupo, que varía según los recursos con que se cuenta. El aspecto más complejo de brindar es un espacio de suficiente intimidad y libre de distracciones.
- El tamaño de los grupos varía entre 4 y 20 participantes.
- En cuanto al número de sesiones van desde 5 a 12 sesiones, en grupos o talleres de primer nivel, y desde 8 a 24 sesiones, o incluso de forma

³⁶ “Sistema de relaciones entre actores, sean instituciones o personas, que se abren a otras organizaciones o personas con las cuales entran en comunicación con fines de utilidad en general, los cuales se traducen en la producción de bienes y servicios que tienen como beneficiarios a poblaciones de escasos recursos o con necesidades básicas insatisfechas. Estos sistemas abiertos están en constante cambio, potencian a sus integrantes y satisfacen sus necesidades y expectativas al reconocer y poner en acción los recursos y fortalezas que ellos poseen para el logro de una mejor calidad de vida” (Morillo de Hidalgo, 2000, en Montero, 2004).

- ininterrumpida en grupos de segundo nivel.
- La duración por sesión va de entre 1 hora 30 minutos y 2 horas 30 minutos.
 - La frecuencia es siempre una vez por semana.
 - Pueden ser abiertos o cerrados, siendo habitual que sean abiertos hasta el primer tercio de la duración total del grupo y luego cerrados, o que exista un grupo de primer nivel abierto y continuo, y luego un grupo de segundo nivel cerrado.
 - En relación con la selección de participantes, suele utilizarse como criterios de exclusión, el que tengan comorbilidad con trastornos de personalidad o ser afectadas por violencia de magnitud grave.
 - En todos los casos se incluye algún tipo de preparación pregrupal, que va desde unas cuantas sesiones de evaluación y primera acogida, a un tratamiento psicoterapéutico individual.
 - En la mayoría se considera un encuadre específico, normas grupales que se entregan o se construyen con ellas en la primera sesión. Los más mencionados son la confidencialidad, la asistencia, y la puntualidad, además del respeto a sí mismo y al otro, no criticar, juzgar, ni agredir.
 - Las técnicas son variadas y surgidas desde diversos enfoques, por lo que se mencionan eclécticas, siendo las más comunes las técnicas psicoeducativas, las dinámicas de grupo, el trabajo corporal y la imaginación, aunque la conversación contactada con el uso de técnicas de reflejo o deconstrucción del discurso es también habitual aunque no nombrada como técnica en sí.
 - Se considera que el ideal es el trabajo en cofacilitación e interdisciplinaria, sin embargo, en muchos lugares esto no es posible por falta de recursos.
 - Es común y muchas veces se prefiere que la facilitadora sea mujer, para permitir la identificación de género, aunque en los casos en que se ha utilizado dupla intergénero, se menciona el aporte de tener a un profesional masculino para poder trabajar con él prejuicios de género o como figura paterna.
 - Como roles y funciones del terapeuta o facilitador, se suele describir en especial en los grupos psicoterapéuticos, como su nombre lo indica, como un facilitador de procesos grupales y del darse cuenta, siendo los más mencionados los roles de contener, dirigir o manejar y psicoeducar.

Teoría

- Dentro de las orientaciones psicológicas suelen ser más bien eclécticos o integrales, aunque es más común una tendencia a la orientación sistémica.
- En relación con las perspectivas, la mayoría considera la perspectiva de

género, la transgeneracional y el modelo ecológico.

- Se intenta trabajar de forma integral, incluyendo trabajos a distintos niveles, no faltando nunca el nivel cognitivo, que se va combinado con los niveles emocional, conductual, corporal e interaccional.
- En forma general, se tengan o no tópicos para cada sesión, se suele trabajar con una estructura básica, que implica un comienzo, un desarrollo y un cierre.
- Los tópicos principalmente considerados son las etapas o ciclos de la violencia, la historia de vida y de violencia, la autoestima y la autonomía, el empoderamiento y los mitos sobre la violencia.
- Como beneficios particulares en aspectos que estas mujeres tienen dañados producto de la violencia, se considera que los grupos ayudan principalmente a aumentar la autoestima, la autonomía y el empoderamiento, a generar redes de apoyo y vínculo entre las participantes, a aprender entre las participantes, y a salir del aislamiento y la vergüenza que les provoca esta experiencia.
- No suele realizarse sistematización de las sesiones por falta de tiempo, sin embargo en muchos lugares se realiza un registro de cada sesión lo cual puede ser útil para una futura sistematización.
- Se describen como formas de evaluación de los grupos, tanto evaluaciones realizadas por las propias participantes como evaluaciones sesión a sesión o al finalizar realizadas por las facilitadoras.
- En relación con los objetivos de la intervención grupal, están principalmente entre las líneas de: erradicar la violencia doméstica, reparar los efectos en las mujeres víctimas de violencia doméstica, y generar autonomía, acompañados de la generación de un espacio grupal como herramienta de intervención.

3.2.6 Generalización por tipo de centro en relación con la intervención grupal

En los centros de atención primaria de salud o **consultorios** se atiende a mujeres afectadas por violencia leve y moderada, de su sector comunal, que han sido derivadas desde otros profesionales del mismo consultorio o del sistema judicial, prestándose atención psicológica, social y médica. Se otorga atención psicológica individual y grupal, teniendo esta última un carácter psicoterapéutico y psicoeducativo.

Una clásica intervención de grupo en estos centros es heterogénea en cuanto a tipo de violencia y edad, homogénea en cuanto a género y problemática, aunque un criterio de exclusión es el estar afectada de violencia grave. Se realiza en grupos de entre 4 y 12 participantes, una vez por semana, con 2 horas por sesión. Durante entre 8 y 12 sesiones, son de modalidad abierta hasta el primer tercio y luego cerrada, con

un encuadre clásico de confidencialidad, asistencia y puntualidad, realizado con cofacilitadores en una dupla psicosocial, de asistente social y psicóloga.

Son de orientación ecléctica con mayor tendencia a la sistémica, con la consideración de las perspectivas de género y transgeneracional, y de trabajar con los niveles emocional, cognitivo y corporal de la consultante. Como objetivos consideran tanto el trabajo con aspectos dañados, principalmente recuperar la autoestima, como tomar conciencia de o problematizar la violencia.

En los **COSAM** se atiende a mujeres afectadas por violencia leve, moderada y grave de su comuna, aunque en algunos centros los casos de violencia grave no se pasan a trabajo grupal, principalmente derivados desde los consultorios y el sistema judicial. Prestan atención psicológica, y en algunos, además social, y en otros social y psiquiátrica. Se otorga atención psicológica individual y grupal, teniendo esta última un carácter psicoterapéutico.

Una clásica intervención de grupo en estos centros es heterogénea en cuanto a tipo de violencia y edad, homogénea en cuanto a género y problemática, con criterio de exclusión a los grupos la comorbilidad con trastornos de personalidad, en grupos de entre 4 y 15 participantes, realizado una vez por semana por 2 horas por sesión, durante 8 a 24 sesiones, con excepción de los casos en que se realizan grupos de 2 niveles donde el primer grupo se realiza de entre 4 y 9 sesiones, de modalidad abierta hasta el primer tercio y luego cerrada, con un encuadre clásico donde la principal norma es la confidencialidad, realizado con cofacilitadores en una dupla psicosocial, de asistente social y psicóloga.

Son de orientación ecléctica o integrativa en los casos en que solo lo realiza la asistente social son psicoeducativos. Se considera la perspectiva de género y se trabaja a todos los niveles de la consultante. Como objetivos se considera sobre todo la reparación de algún aspecto afectado por la violencia y tomar conciencia de la violencia.

En los centros dependientes del **SERNAM** se atiende a mujeres víctimas de violencia leve y moderada, del sector de Santiago que abarcan, que han sido derivadas de consultorios o del sistema judicial. Prestan atención psicológica, social y jurídica. Se otorga atención psicológica individual y grupal, siendo esta última de un carácter sobre todo psicoeducativo.

Una clásica intervención de grupo en estos centros es heterogénea en cuanto tipo de violencia y edad, homogénea en cuanto género y problemática, aunque se excluye de los grupos la violencia grave. Se desarrolla en grupos de entre 4 y 20 participantes, una vez por semana, 2 horas por sesión. En todos los centros hay al menos dos niveles de grupos: el de primer nivel, el grupo de acogida, de 4 sesiones,

modalidad abierta hasta el primer tercio y luego cerrada; y el de segundo nivel, el grupo de autonomía-autoestima, de 8 sesiones, de modalidad cerrada; Ambos con un encuadre clásico, normas de confidencialidad, asistencia y puntualidad, realizados tanto con cofacilitación o con un solo facilitador. En el primer caso, los grupos de primer nivel son liderados por una monitora acompañada por una profesional que cambia según las sesiones, y los grupos de segundo nivel los lidera una psicóloga acompañada por una monitora. En los casos en que son realizados por una sola facilitadora, esta es una monitora.

Son de orientación psicoeducativa y sistémica, considerando las perspectivas ecológica y de género; trabajan mayormente a niveles cognitivo y conductual. Como objetivos de los grupos de acogida se encuentran tanto el problematizar como el reparar aspectos específicamente dañados, y de los grupos de autonomía-autoestima, como su nombre lo indica, se plantean como objetivos reparar aquellos aspectos.

En los centros de atención dependientes de **programas municipales** se atiende a mujeres de su comuna con todo tipo de violencia, derivadas de consultorios y del sistema judicial. Se otorga atención principalmente psicológica, tanto individual como grupal, teniendo esta última un carácter psicoterapéutico.

Una clásica intervención de grupo en estos centros es heterogénea en cuanto tipo de violencia y edad, homogénea en cuanto género y problemática, con criterios de exclusión de los grupos la violencia grave o comorbilidad con trastornos de personalidad o depresión grave, en grupos de entre 4 y 15 participantes, realizado una vez por semana 2 a 2 horas 30 minutos por sesión, durante 12 a 24 sesiones, siendo mayoritarias las 24 sesiones, de modalidad abierta hasta el primer tercio y luego cerrada, con un encuadre clásico con normas de confidencialidad, asistencia y puntualidad, además de no criticar o juzgar, realizados sin coterapia por una psicóloga.

Son de orientación principalmente ecléctica y con tendencia según cada profesional, considerando enfoques sistémicos, de género y transgeneracional, y trabajando a todos los niveles. Establecen objetivos que apuntan tanto a reparar aspectos específicamente dañados en las mujeres como a generar un espacio grupal como herramienta de intervención.

En los centros dependientes de alguna **ONG** se atiende a mujeres afectadas de violencia de cualquier tipo y provenientes de cualquier lugar. Se otorga atención psicológica y social, la atención psicológica es individual y grupal.

Una clásica intervención de grupo en estos centros es heterogénea en cuanto tipo de violencia y edad, homogénea en cuanto género y temática, con criterio de exclusión de los grupos de comorbilidad con trastornos de personalidad, en grupos de tamaño indefinido, realizado una vez por semana 2 horas por sesión, de forma

continua o ininterrumpida, de modalidad abierta, realizado en cofacilitación por monitoras en el caso del grupo de autoayuda, y por tan solo una psicóloga en el caso de la casa de acogida.

Sin orientación declarada, con la consideración de la perspectiva de género, trabajan a todos los niveles y con objetivos diversos.

Al comparar los distintos tipos de centro, se observa que son bastante semejantes en sus metodologías. Las diferencias más importantes se dan en la cantidad de sesiones, siendo menor en los consultorios y en los centros dependientes del SERNAM, donde no pasan las 12 sesiones incluso sumando grupos de ambos niveles. En cambio en los centros dependientes de ONG, los grupos funcionan de forma continua, y en algunos centros de dependencia municipal y en algunos COSAM llegan a las 24 sesiones. Además, si se suman las intervenciones de los dos niveles de algunos COSAM se cuenta con un total de hasta 18 sesiones grupales, es decir, en más de la mitad de los COSAM investigados se realizan intervenciones grupales por más de 16 sesiones.

Respecto del trabajo en coterapia o cofacilitación este no se realiza en los centros dependientes de las municipalidades y del SERNAM por falta de recursos profesionales. En los casos en que no se realiza en los COSAM, es por las mismas razones, a lo cual se suma el que en estos casos la profesional que hace de facilitadora grupal es asistente social, dándole un carácter más marcado de taller psicoeducativo.

3.2.7 Reflexiones y aprendizajes adquiridos a través de la práctica

En las descripciones y análisis de cada caso, podemos destacar aspectos de gran relevancia relacionados con los aprendizajes adquiridos a través de la práctica. En estos, además, se muestra la ausencia de conocimientos suficientes de forma previa a la instauración de estas intervenciones grupales, y que los equipos de intervención han debido ir aprendiendo y adaptándose en el transcurso de su práctica.

Los Cambios

Hay aspectos que tienen relación con los cambios que se describen en algunos centros. Uno de estos se refiere, en algunos consultorios de salud primaria y COSAM, a la *modalidad* de la intervención grupal, la cual ha ido variando de cerrada a abierta y de abierta a cerrada luego de una determinada sesión, generalmente durante el primer tercio del total de sesiones contempladas. Estos cambios tienen relación con buscar satisfacer diversas necesidades en cada momento, es decir, cuando se realizaba una

intervención de modalidad cerrada, al haber gran demanda, había tiempos de espera para ingresar a los grupos, lo que podía hacer que la mujer desistiera de participar al no tener contemplado algún otro tipo de atención o acompañamiento. Luego, al realizarse de modalidad abierta, se suplía la necesidad anteriormente señalada, pero al estar constantemente ingresando mujeres se complejiza la conformación de grupo y por consecuencia que exista proceso grupal y la necesaria cohesión grupal. Todo ello se busca dado que posibilita un trabajo en mayor profundidad y de carácter reparatorio.

En varios de estos centros se ha llegado a la solución de mantener los grupos abiertos durante algunas sesiones, como por ejemplo hasta la cuarta sesión, y luego cerrarlo, con lo cual se minimizan los tiempos de espera y se logra conformación y proceso de grupo.

Además en uno de los consultorios hubo cambios respecto de la cantidad y *tipos de grupos*. Se pasó de hacer intervenciones grupales de 2 niveles: un primer nivel psicoeducativo de 5 sesiones facilitado por una asistente social y un segundo, terapéutico, de 8 sesiones, facilitado por una psicóloga, a intervenciones grupales de un solo nivel, mezclando lo psicoeducativo y lo psicoterapéutico, facilitado por una dupla psicosocial.

En cambio, en algunos COSAM el cambio fue en la dirección opuesta, es decir, se pasó de trabajo a un solo nivel a trabajo en dos niveles, con las características mencionadas.

Otro cambio observado ha tenido relación con el *nombre del programa* y por consecuencia, de las intervenciones grupales. En un consultorio y en un COSAM se ha pasado de llamarse programa de VIF a programa de conflictos de pareja en el primero y a programa o grupo de mujeres que han sufrido situaciones semejantes en el segundo. En general, estos cambios tienen relación con la no estigmatización de la mujer por la referencia a la violencia y como una forma de facilitar el ingreso espontáneo de las mujeres a estos grupos.

Asimismo, los centros de dependencia del SERNAM cambiaron de nombre de forma genérica desde centros de atención y prevención de VIF a centros de la mujer, lo cual puede deberse a las mismas motivaciones y a la inclusión en el SERNAM de la perspectiva de género.

En estos mismos centros además se cambió el *flujograma de atención*. Antes se pasaba directamente a intervenciones grupales y en la actualidad se realizan algunas sesiones individuales antes de pasar al trabajo grupal, como máximo 4 sesiones. Esto tiene relación principalmente con la selección y preparación pregrupal. Este último cambio también se menciona en un centro de dependencia municipal.

Otro cambio que ha ocurrido en consultorios y COSAM, tiene que ver con la incorporación de *psicólogos hombres* como facilitadores de estos grupos, generándose una dupla psicosocial mixta, lo cual aunque se inició sin intenciones específicas se ha transformado, según la consideración de los entrevistados, en un aporte al trabajo grupal, ya que con un facilitador hombre se hace posible superar algunas estigmatizaciones en torno al género masculino y generar un grupo más relacionado con el grupo familiar primario.

Por último, en algunos centros se menciona un cambio en cuanto a una disminución de la cantidad de mujeres atendidas por violencia doméstica, debido a una disminución de los ingresos en el último año. Los entrevistados lo atribuyen al cambio de ley de VIF, la que actualmente no contempla como obligatoria la medida de prescripción de psicoterapia.

Consideraciones para la práctica de la intervención grupal

Otros aprendizajes o reflexiones tienen relación con una serie de consideraciones que se mencionan como importantes al momento de realizar una intervención grupal, ya sea para lograr una buena adherencia grupal y/o para lograr un proceso grupal beneficioso para las participantes. Los aspectos más frecuentemente mencionados y que se relacionan entre sí, son *la evaluación y la selección pregrupal*; se considera que esta última es un requisito para lograr un buen grupo ya que con ella se excluye de este a participantes a quienes el grupo no les beneficiaría o que ellas pudieran ser muy irruptivas para el grupo. Para realizar una correcta selección se requiere haber evaluado previamente, con lo cual además se decide si se requiere tomar otras medidas o facilitar otro tipo de atenciones.

Otra consideración es la *flexibilidad* con la que se deben plantear metodológicamente los grupos, lo cual ha de estar contemplado por los facilitadores; estos han de ser capaces de trabajar con lo que el grupo vaya presentando y necesitando, es decir, a pesar de tener contemplados temas y actividades para cada sesión, estos se han de preparar de preferencia según el grupo, y aunque así sea se ha de estar atento a lo que vaya surgiendo en cada momento por si aparece algo nuevo a trabajar o si resulta necesario trabajar con la propia dinámica del grupo. Además, es necesario considerar que los temas y actividades contemplados resulten de interés y de utilidad para este grupo de mujeres. No basta con la entrega de información, ya que es necesario que la mujer entre en contacto con su experiencia para desde allí movilizarse.

Otro aspecto a considerar se relaciona con la *capacitación y motivación* de los facilitadores grupales. Se considera importante que por una parte estos estén

debidamente capacitados y sensibilizados con el tema, considerando perspectiva de género, VIF y trabajo grupal, y por otra parte, que estén motivados con la temática y que se hayan analizado en relación con sus propias experiencias socioculturales y de violencia y los consecuentes sesgos con los que se presenta.

En relación con lo anterior, se considera importante el *estilo de la relación terapéutica*. En muchos casos se recomienda que esta se establezca de manera simétrica u horizontal de cercanía y confianza, con un lenguaje cotidiano, donde se establezca un vínculo con las participantes. Incluso, en relación con esto se menciona que no es recomendable realizar un trabajo desde el psicoanálisis debido a que genera una relación y un clima demasiado hostiles, que serían revictimizadores.

Otra consideración tiene relación con la generación de *cohesión grupal*, lo cual como se expuso en el marco teórico, implica que los miembros se acepten y apoyen mutuamente y formen en el grupo relaciones significativas, lo que de por sí es curativo, pero que además ayuda a que se genere un ambiente apto para la reparación.

Además hay que considerar que la intervención apunte a cambiar la *victimización*, una de las consecuencias de la violencia doméstica, es decir, buscar que la mujer logre salir del lugar de víctima. Para ello, se parte de recibir un trato diferente de parte del facilitador y del grupo, que apunta a responsabilizarla (por su vida, no por la violencia), lo cual no significa en absoluto culpabilizarla, sino establecer una relación empática no victimizante, en la que la mujer vaya asumiendo paulatinamente la responsabilidad sobre su vida.

Otra consideración que hay que tener al momento de mirar los resultados son los *factores individuales* de cada participante, es decir, es fundamental para poder sacar todo el provecho posible al trabajo grupal, el que la mujer ingrese al grupo con motivación para el cambio, y que dentro de lo posible, ya haya realizado algún tipo de *insight*. Para lograr estos aspectos muchas veces se plantea un trabajo individual previo o un grupo de sensibilización de primer nivel.

También es importante mantener invariables ciertas condiciones de *encuadre* básicos como son el tiempo y el lugar, además de la no obligatoriedad a participar, y de respetar los ritmos y decisiones de cada cual, aspectos que se incluyen en general en el encuadre de todas las intervenciones grupales que realizan los facilitadores entrevistados.

Si se tienen estas consideraciones se puede resguardar en parte la adherencia de las participantes. Sin embargo, existen también condiciones de las consultantes que se relacionan con la violencia que afectan la permanencia a los grupos, una de estas tiene relación con los *ciclos de la violencia*, una vez pasada la etapa de crisis y estando en la etapa de luna de miel es común que la mujer vuelva a creer en las

promesas de su pareja de que no volverá a incurrir en violencia y se retira del grupo, por creer que ya no necesita atención.

Asimismo, una consecuencia de la violencia doméstica es la instalación de ciertos *mecanismos defensivos*, como la negación o la minimización, con los que las mujeres víctimas de esta violencia enfrentan la experiencia y que también interfieren en la intervención.

Otra condición importante de las consultantes, es la *dependencia económica* en la que muchas veces viven estas mujeres. En la medida de que estas no ven posibilidades de salir de aquella dependencia prefieren aguantar lo que viven antes que quedar desamparadas junto a sus hijos.

Por otra parte, en el caso de que la mujer trabaje, existe la complicación de no poder asistir al horario habitual de los grupos. Lo mismo ocurre con otras responsabilidades como las que implican el cuidado de los hijos, a los cuales no tienen con quien dejar mientras asisten. Esto se dificulta más aún en sectores rurales en donde las distancias de los hogares al centro son largas y donde las mujeres suelen trabajar de temporeras, variando por temporadas sus tiempos disponibles.

Existen otras condiciones que tienen que ver más bien con *aspectos macrosociales*. Uno de estos, mencionado en consultorios, tiene relación con el sistema de salud pública y en cómo este se ha instaurado en la población, la que frecuentemente tiene la visión de la atención desde un modelo biomédico. De esta forma, las consultantes esperan que se les dé “remedio” a sus problemas, es decir, que se les dé solución a la manera de administración de medicamentos, en vez de tener que iniciar un proceso psicoterapéutico.

Se menciona también que en la sociedad en general suele haber resistencia al trabajo grupal y que lo más difícil es convocar, pero que una vez que las mujeres asisten, es común que se mantengan en los grupos.

Se considera que es de gran relevancia para el buen desempeño de estas intervenciones la búsqueda de ciertos *equilibrios*, particularmente referentes a los siguientes puntos:

- *Contener-Responsabilizar-No culpar*

En un primer momento de la intervención resulta necesario y fundamental acoger y contener, lo cual se generará a través del clima y el estilo del facilitador previamente descritos. Sin embargo, junto a ello y de forma paulatina, resulta necesario hacer consciente a la mujer de la responsabilidad que tiene por su propia vida, y por generar los cambios necesarios para que esta acontezca como mejor desee, con la consideración de que se vive en sistemas que influyen y son influidos

por el sujeto. En relación con esto, por otra parte resulta necesario tener cuidado de no convertir este responsabilizar en culpabilizar, en especial considerando que los diferentes sistemas ya han tendido a ello y que es común que estas mujeres presenten altos niveles de sentimientos de culpa generados por la propia dinámica de la violencia.

- Apoyar-Generar autonomía

Este punto está en relación con el anterior y se refiere al cuidado que ha de tener el facilitador respecto de que el apoyo que de a la mujer no sea generador de dependencia, clarificando que la responsabilidad última de su vida es solo suya.

- Hablar-No hablar de la violencia

En relación con esto, se presenta por una parte la necesidad de que en la terapia se dé el espacio que no se ha dado en la experiencia habitual de estas mujeres, de hablar de la violencia que han vivido, y de hecho es muy importante nombrarla como tal para problematizarla, pero hay que cuidar que no queden fijadas en este relato posicionándose como víctimas, y no logrando avanzar en responsabilizarse por sus vidas y por el cambio.

Valoración de la intervención grupal

Otro aspecto sobre el cual se reflexiona es la valoración que se tiene del trabajo grupal. En la mayoría de los centros, el trabajo grupal es altamente reconocido, excepto en un caso, en el que se señaló que en el grupo las mujeres se potenciaban en negar y evadir la problemática. En cambio, en los demás se señala que el trabajo grupal además de cumplir con sus objetivos lo hace de manera más eficiente que en la intervención individual, ya que se trabaja con varias mujeres a la vez y se logran los objetivos más rápidamente, utilizando más eficientemente los recursos profesionales. Esto se debe a los beneficios y factores terapéuticos ya mencionados, los que apuntan justamente a la reparación de aspectos específicamente dañados en las participantes.

Se considera que la mala valoración de las intervenciones grupales más que deberse al trabajo en grupo en sí, tiene que ver con un insuficiente manejo del grupo por parte de la facilitadora, lo cual se comprueba a través de los relatos de todas las demás entrevistados en relación con los beneficios de la intervención grupal.

En algunos casos se considera que si bien las intervenciones grupales son de gran provecho son adecuadas tan solo para un proceso inicial, no para un trabajo psicoterapéutico profundo y reparatorio. Esto es referido en centros en donde la intervención grupal de por sí no se plantea como psicoterapéutica. Otro comentario en relación con lo anterior se refiere a considerar que el grupo sea psicoterapéutico no va a depender de cómo se plantea de forma previa, sino de lo que se dé en el desarrollo

del grupo, lo que varía según muchos factores no aún completamente identificados.

Clima grupal

Otro aspecto importante que surgió a partir de la información adquirida tiene que ver con el clima o ambiente que se busca crear en el grupo. Para generarlo se establecen variadas medidas: un determinado encuadre o normas grupales que de alguna forma lo garanticen, un determinado estilo de relación terapéutica y, en general, una determinada metodología que, por ejemplo ayude a generar proceso grupal a través de hacer un grupo cerrado o que se prolongue por largo tiempo.

Este clima recomendado por muchos de los facilitadores entrevistados es un clima de contención y estímulo, de aceptación, respeto, confidencialidad, libre de juicios, críticas u obligaciones, de confianza, empatía, solidaridad y apoyo mutuo, donde exista vínculo entre las participantes, y un proceso grupal, en que la facilitadora facilite más que dirija y establezca -como ya se mencionó- una relación horizontal, de cercanía y confianza que promueva este clima, en donde la mujeres participantes se sientan por una parte acompañadas y contenidas, y por otra, estimuladas a adentrarse en sí mismas y en sus procesos, y a participar en el grupo. Por todo lo anterior se tiende a realizar intervenciones grupales con un carácter más vivencial o formativo que informativo.

Dificultades de la práctica

Al indagar respecto de las dificultades de este trabajo para los facilitadores, además de referirse a aspectos ya incluidos en las consideraciones a tener para la intervención en sí, se mencionó frecuentemente un aspecto a nivel institucional: la ausencia de actividades de *autocuidado* de equipo, o que este esté planteado de manera insatisfactoria. Asimismo, existe el acuerdo de la necesidad de autocuidado dadas las características del trabajo, en especial refiriéndose a trabajar con una problemática que conlleva riesgos de vida, lo cual implica la sensación de los profesionales de una mayor responsabilidad por la mujer atendida en relación con prever riesgos y resguardar su vida, lo cual es generador de angustia y estrés.

En los consultorios y en los COSAM no se tienen contempladas actividades de autocuidado de equipo; tan solo en algunos COSAM se refiere que esto se realiza de manera informal a través de las reuniones de equipo y del trabajo en equipo en general, en donde se pueden dar espacios para hablar sobre lo que les va pasando, o que se realizan algunas actividades recreativas con este fin. Sin embargo, existe una crítica también en relación con que el autocuidado tenga tan solo por finalidad la desconexión, a través de actividades recreativas, debido a que si bien esto puede ser

necesario, lo es mucho más afrontar lo que les va pasando con la práctica.

En los centros de dependencia del SERNAM, se tienen contempladas actividades de autocuidado a nivel institucional, destinándoseles tiempo y recursos económicos, que cada centro decide y distribuye como mejor estime. Sin embargo, se suele comentar que estos son insuficientes, y que en especial el tiempo se hace siempre escaso por lo que se suele obviar. En los lugares donde sí se han usado, se han realizado actividades a través de la contratación de profesionales externos que han realizado trabajo corporal a través del cual mirarse a sí misma, o a través de diversas técnicas que además se puedan aprender para luego aplicarlas por su cuenta. Al igual que en los COSAM, habitualmente se aprecia el trabajo de equipo como una forma de autocuidado.

En los centros de dependencia municipal se da gran diversidad. Existe un caso en el cual está contemplado el autocuidado de equipo y para ello se designa tiempo pero no recursos extras, y aunque en la práctica no se realiza de manera rigurosa, cuando se hace lo organizan de a dos profesionales por vez quienes se turnan y realizan las actividades que les parezcan. En los otros centros investigados de este tipo no se cuenta con un equipo para el programa de atención en violencia; trabaja la psicóloga sola, por lo cual no tienen ningún tipo de apoyo de autocuidado, incluso en uno de estos casos la psicóloga es la encargada de organizar y realizar actividades de autocuidado a nivel de DIDECO.

Los centros de dependencia de ONG son los únicos que tienen consideradas más formalmente actividades de autocuidado de equipo. En estos se contemplan, por una parte, actividades de desconexión de la temática a través de por ejemplo actividades lúdicas o recreativas, y por otra, en las reuniones clínicas o de equipo se tiene contemplado el espacio para hablar de lo que les va pasando y apoyarse en el equipo.

Estos equipos están en riesgo de verse afectados por efectos de *burnout*, por trabajar con una problemática que provoca angustia y estrés, entre otros motivos debido al riesgo de vida que presentan las mujeres víctimas de violencia doméstica. Se puede deducir que por ello son frecuentes los recambios de profesionales, lo que al sumarse a que no se realizan sistematizaciones, conlleva la imposibilidad de realizar un trabajo en continuo progreso.

Las actividades de autocuidado para este tipo de equipos además de necesarias, por lo ya mencionado, son una forma de prevención en salud pública, para evitar las habituales licencias médicas o psiquiátricas de estos profesionales (mencionadas por los entrevistados).

Además, respecto con esta necesidad se puede hacer una mención, sobre la

percepción de la entrevistadora respecto a las(os) entrevistadas(os) para la realización de esta investigación, se considera que estos en su mayoría, aunque contaban con poco tiempo, una vez que se dispusieron a ser entrevistados desplegaron una muy abundante gama de información, dando la impresión de la existencia de una necesidad de hablar de su práctica. Lo anterior se puede relacionar con la necesidad de actividades de autocuidado y la necesidad de catarsis que genera aquella práctica o simplemente a sus deseos de colaborar con esta investigación.

En relación con lo anterior surgen además, entre las dificultades, aspectos que tienen que ver con las *exigencias del sistema* de servicio, lo que complica las condiciones para realizar un buen trabajo y en buenas condiciones de salud mental para los equipos.

Estas críticas al sistema surgen en general desde centros de dependencia estatal, principalmente desde los consultorios de salud primaria, aunque también desde algunos COSAM y centros de la mujer de dependencia del SERNAM, y se relacionan principalmente con las exigencias desde los servicios estatales de salud y desde el SERNAM, de requerimientos cuantitativos. Se exige cumplir con ciertas cantidades, en número de atenciones, ingresos y egresos, por nombrar algunos, lo cual se complejiza, ya que como se ha mencionado, estas mujeres suelen arrepentirse y no continuar con el proceso; además cuesta convocarlas y los procesos de salida son complejos de evaluar, porque dependen del punto en que la mujer llega a la atención.

En los demás tipos de centros, este no suele ser un problema, por el contrario, en uno de los centros de dependencia municipal se señala que el hecho de no exigírseles metas cuantitativas ayuda mucho a trabajar de forma tranquila, con libertad para realizar los procesos según las necesidades de las mujeres atendidas, lo que se traduciría en mejores resultados.

Por el contrario, en los lugares en los que se realizan estas exigencias, se transforman en un factor estresante para los profesionales, debido a que por los daños con los que habitualmente llegan estas mujeres es muy difícil adherirlas a un tratamiento. Todo esto se puede traducir en una atención menos eficaz, con un profesional presionado y un sistema que no considera a las mujeres atendidas desde su experiencia particular.

Estos requerimientos no están contemplando la problemática en profundidad o desde su realidad, ya que en estas mujeres la adherencia al tratamiento se ve afectada por la experiencia de violencia, por los ciclos o procesos habituales y sus consecuencias. Por otra parte, debería considerarse como parte de esos números el que al ayudar a una mujer se está ayudando a toda una familia, y a todo un sistema

social, y que esta mujer podría romper con la transmisión transgeneracional de la violencia.

Se considera que es posible que esto se produzca debido a que quienes generan las políticas públicas no están insertos en la práctica ni la consultan adecuadamente o a que su foco de interés es meramente el económico.

Por otra parte, el sistema de salud estatal, según algunas entrevistadas, en la práctica sigue teniendo un enfoque médico en la consideración de enfermedad-remedio, dentro del cual sería posible tener parámetros cuantitativos, pero los problemas psicosociales y los procesos psicológicos no se pueden abordar desde esta mirada.

Otro aspecto tiene que ver con que generalmente estos programas se aprueban y financian para un año, lo que no ayuda a generar un proyecto a más largo plazo y provoca estancamiento o extrema variabilidad, lo primero relacionado con repetir los programas sin una suficiente evaluación y lo segundo, con que suele haber alta rotación profesional con lo cual todos los años se renueva el equipo, el que llega con un nuevo enfoque y los consecuentes cambios.

También se menciona que el sistema de atención en general no está preparado para dar respuesta a las demandas de estas mujeres, que muchas veces son dependientes económicamente de la pareja y no tienen dónde y cómo mantenerse junto a sus hijos, por lo que faltarían entre otras medidas la creación de casas de acogida³⁷. Por su parte, los centros de atención ambulatoria tampoco dan abasto.

En relación con lo anterior, algunos profesionales entrevistados de los centros de dependencia SERNAM mencionan que el modelo de atención entregado por esta entidad es frecuentemente discutido, debido a que se plantea muy acotado a lo que sería una primera atención; con solo cuatro sesiones de atención individual, y las intervenciones grupales, que en general no se consideran psicoterapéuticas; y que en el caso de que la mujer se niegue o requiera otro tipo de atención psicológica se debería derivar, pero en la práctica no existen muchas instituciones a donde derivar y las que existen están colapsadas.

Un último aspecto que se considera como parte de las dificultades del trabajo tiene que ver con la *victimización secundaria*. Si bien se ha avanzado bastante al respecto y en general las diferentes instituciones a las que acude la mujer han sido capacitadas y tienen mayor conciencia de cómo son los procesos de la violencia, sigue existiendo, especialmente en las instituciones de denuncia (Carabineros) y judiciales. En ellas a veces hay suficiente preparación y conciencia de la temática, y en otras se

³⁷ Se tiene conocimiento de la creación de casas de acogida por parte del SERNAM, a partir del presente año 2007.

sigue con los antiguas revictimizaciones, lo cual muestra que se está aún en una etapa de transición. Lo anterior suele ocurrir también debido a que frecuentemente trasladan a los funcionarios, lo que significa que, en determinada comuna se les capacita, pero luego llegan nuevos funcionarios sin aquella capacitación.

Lo anterior, influye también en las intervenciones de atención en salud mental, entre ellas las intervenciones grupales, debido a que la mujer al ser revictimizada se desesperanza de la ayuda que le puedan prestar las instituciones en general.

4. CAPÍTULO 4: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1.- En primer lugar se mencionarán algunas dificultades presentadas en el transcurso de la presente investigación.

Una de las mayores dificultades se relacionó con la gran cantidad de información obtenida, lo cual dificultó su posterior análisis. Este aspecto se relaciona con dos puntos:

- a. Se contempló una muestra muy extensa. Esta se podría haber simplificado de haber hecho un sondeo previo con cada centro de atención, con el cual limitar la muestra, por ejemplo, contemplando solo intervenciones consideradas psicoterapéuticas.
- b. Se contemplaron previamente muchos aspectos de las intervenciones grupales, y la entrevista semiestructurada permitió la aparición de más aspectos. Esto no se pudo haber simplificado, debido a que no existía información que pudiera indicar cual de aquellos aspectos eran más importantes de considerar. Con la presente investigación, esto puede deducirse y utilizarse en futuros estudios.

Otra dificultad fue la no existencia de consenso entre los entrevistados en relación al uso de determinados conceptos, ello se observó por ejemplo en la expresión de los objetivos de las intervenciones, los que fueron expresados a muy distintos niveles de concreción, o al referirse a la sistematización, la que en ocasiones se mencionó como la planificación de la intervención y en otras como registro y evaluación de lo realizado. Aquello dificulta la comparabilidad. Para dar solución a este aspecto, en futuras investigaciones se debiera preguntar por la conceptualización utilizada o esta ser delimitada por la entrevistadora.

2.- Como parte de las conclusiones se enunciarán las características más relevantes de las intervenciones grupales con mujeres víctimas de violencia doméstica que se realizan en Santiago de Chile, las que en términos generales poseen una mezcla de características de grupos psicoterapéuticos, psicosociales y psicoeducativos. Cada una de estas se considera relevante debido a que influyen en la práctica, en otros puntos se establecerán conclusiones respecto a cada cual.

En términos metodológicos:

- Son de composición homogénea en cuanto género y problemática y heterogénea en cuanto a otras características.

- Tamaño entre 4 y 20 participantes.
- Duración entre 4 y 12 sesiones en grupos de primer nivel, los cuales tienen más tendencia a ser grupos psicosociales o psicoeducativos, y de entre 8 y 24 sesiones o continuos en grupos de segundo nivel, que tienen mayor tendencia a ser grupos psicoterapéuticos.
- 2 horas de duración por sesión. Frecuencia semanal. Modalidad variable.
- Criterios de exclusión, principalmente, la presencia de violencia muy grave y de trastornos de personalidad.
- Realización de preparación pregrupal.
- Uso de técnicas variadas, de forma ecléctica.
- Dirigidos por 2 cofacilitadoras mujeres en dupla psicosocial, las que asumen diversos roles.

En términos teóricos:

- Se encuentran entre la psicología clínica y la psicología comunitaria, en un diálogo entre lo psicoterapéutico y lo psicosocial.
- Tienen una orientación ecléctica o integral.
- Consideran la perspectiva de género y el enfoque sistémico o ecológico.
- Contemplan diferentes niveles del trabajo grupal.
- Tienen contemplados tópicos para las sesiones, sin embargo, son flexibles para trabajar con lo emergente.
- Consideran diversos beneficios particulares de su quehacer.
- No realizan sistematización.
- Efectúan evaluación del proceso grupal al finalizar este.
- Sus objetivos apuntan principalmente a aspectos psicosociales y psicoterapéuticos.

Ahondando en algunos de estos aspectos, se encuentra que:

Las técnicas más usadas en estas intervenciones son las psicoeducativas, la conversación, dinámicas de grupo, trabajo corporal, técnicas gestálticas, lúdicas, proyectivas y psicodinámicas, entre otras, siendo eclécticas en su uso, con técnicas provenientes de muy diversas orientaciones.

Los roles o tareas que asumen las(os) facilitadoras(es) en los grupos mencionados más frecuentemente son: contener, facilitar, dirigir o manejar, moderar, enseñar o psicoeducar, generar discusión y generar un determinado espacio o clima.

Los tópicos más comunes contemplados son: los aspectos vinculados con el empoderamiento, toma de decisiones o autonomía, las etapas o ciclos de la violencia,

la historia de vida y de violencia, la autoestima, los mitos o estigmas de la violencia, los aspectos legales, los aspectos transgeneracionales y los hijos, los planes de futuro, entre otros. Cabe destacar, en especial en los grupos más psicoterapéuticos, que aunque se contemplan tópicos, se considera lo que las participantes traen, incluso en algunos casos no se contempla tema alguno en la consideración de esta premisa.

Los beneficios atribuidos a estos grupos más frecuentemente mencionados son superar el aislamiento, generar redes de apoyo, aprender de las demás participantes, empoderarse, recuperar la autoestima y reconectarse consigo misma.

Sus objetivos se pueden ordenar en 3 categorías con sus diferentes campos:

1. *Erradicación de la práctica de la violencia doméstica.*

- a. Disminuir las manifestaciones de la violencia.
- b. Adquirir competencias para resoluciones alternativas.
- c. Deconstruir la violencia doméstica.

2. *Reparación de los efectos en la mujer de la práctica de la violencia doméstica.*

- a. Recuperar la autoestima y la autoimagen dañadas en las mujeres víctimas de violencia doméstica.
- b. Situar la propia experiencia de violencia en el contexto de la trayectoria de la biografía personal y social.
- c. Superar el aislamiento de la mujer.

3. *Generar autonomía en las mujeres víctimas de violencia doméstica.*

- a. Empoderar o fortalecer a la mujer.
- b. Exploración de los propios recursos de la mujer.
- c. Generar redes de apoyo.

Estos son objetivos que se encuentran en el cruce entre la psicología clínica y la psicología comunitaria, incluso algunos objetivos se pueden considerar a la vez con fines psicoterapéuticos y comunitarios, como por ejemplo recuperar la autonomía o la toma de conciencia.

Se considera que un metaobjetivo es que el grupo se constituya en la principal herramienta de intervención.

3.- A continuación se presentarán aspectos de comparación entre los diferentes tipos de centros de atención

Las diferencias más importantes se dan en la cantidad de sesiones, siendo

menor en los consultorios y en los centros dependientes del SERNAM, donde no pasan las 12 sesiones incluso sumando grupos de ambos niveles. En cambio en los centros dependientes de ONG, los grupos funcionan de forma continua, y en algunos centros de dependencia municipal y en algunos COSAM llegan a las 24 sesiones. Además, si se suman las intervenciones de los dos niveles de algunos COSAM se llega a un total de hasta 18 sesiones grupales. Por lo tanto, en más de la mitad de los COSAM investigados se realizan intervenciones grupales durante más de 16 sesiones.

Respecto del trabajo en coterapia o cofacilitación este no se realiza en los centros dependientes de las municipalidades y del SERNAM por falta de recursos profesionales. En los casos en que no se realiza en los COSAM, es por las mismas razones, a lo cual se suma el que en estos casos la profesional que hace de facilitadora grupal es asistente social, dándole un carácter más marcado de taller psicoeducativo.

Si nos centramos en los objetivos, tópicos y beneficios señalados para cada intervención grupal, se puede decir que la mayoría de estas tienen a la vez características psicoterapéuticas, comunitarias o psicosociales y psicoeducativas, aunque se combinan en distintas proporciones.

Sobre la base de la recategorización propuesta en las fichas técnicas (anexo N°4), se puede decir que: los centros de APS o consultorios presentan características más propias de lo psicosocial, los COSAM más propias de lo psicoterapéutico, los centros dependientes del SERNAM más propias de lo psicoeducativo y psicosocial, y los dependientes de programas municipales o de ONG, más propias de lo psicoterapéutico y psicosocial.

De todas formas, las intervenciones declaradas psicoeducativas tienen entre sí algunos aspectos en común: son de menor extensión, de 4 ó 5 sesiones, están a cargo de un profesional no psicólogo (asistente social o monitora) y por lo mismo no contemplan orientación psicológica específica; generalmente no incluyen un cofacilitador, son de modalidad abierta y trabajan a niveles cognitivo y conductual. Además sus objetivos apuntan principalmente a problematizar la situación o a proveer herramientas o conocimientos específicos que les ayude a salir de su situación.

Por el contrario, las intervenciones grupales declaradas psicoterapéuticas: son de mayor extensión, en general de más de 12 sesiones, algunas de 24 sesiones y otras continuas; en su mayoría consideran ser facilitados por 2 cofacilitadores (en dupla psicosocial), son de modalidad abierta hasta el primer tercio del total de sesiones y trabajan a todos los niveles mencionados. Además se considera clave el que exista un profesional psicólogo(a), el cual puede o no adscribirse a alguna orientación teórica particular o autodenominarse ecléctico en este aspecto. En este

último caso igual mencionan tendencia hacia alguna orientación (en su mayoría sistémica).

4.- A continuación se enunciarán conclusiones obtenidas a partir de la observación de los resultados a la luz de las conceptualizaciones existentes en torno a la terapia de grupo en general, referidas en el marco teórico.

En relación con la composición de los grupos, se contemplan ambos aspectos: por una parte tener heterogeneidad en cuanto a, edad, grupo socioeconómico (aunque limitado en los centros de salud), educación, tipo de violencia, etc., lo que ayuda a crear el microcosmos social y contribuye a que se aporten las unas a las otras con sus propios conocimientos y experiencias; y por otra, tener homogeneidad en cuanto a género y problemática, es decir, ser mujeres víctimas de violencia doméstica, lo que ayuda a la cohesión grupal y a la universalización de su problemática.

En relación con lo anterior, se considera que no deberían mezclarse problemáticas, tanto porque la universalización fue nombrada frecuentemente como un factor terapéutico particularmente beneficioso de estos grupos, como porque cuando se mezclan problemáticas suele ser con trastornos emocionales como depresión, lo cual, dada la visión tradicional de la depresión, puede enviar un mensaje erróneo en relación con que todas estas problemáticas que se agrupan tienen un origen puramente en el sujeto, en su psiquis.

Respecto al tamaño de los grupos, este no está muy definido, como se observó tiene un amplio rango. Esta variabilidad se debe a que en la práctica este se vincula más con condiciones externas, como cantidad de mujeres consultando en el momento, que a una condición previa.

La frecuencia de una vez por semana es un parámetro técnico estandarizado en todas las intervenciones investigadas. Esto tiene relación con que generalmente, por una parte no se cuenta con los recursos para realizarlo más seguido y, por otra, a que con esta frecuencia se da tiempo suficiente para la elaboración entre una semana y otra. Por lo que se considera lo más adecuado.

Otro aspecto estandarizado es la duración por sesión de 1,5 a 2,5 horas de duración, siendo lo más habitual 2 horas, lo cual se corresponde con lo expuesto en el marco teórico respecto a considerar al menos 1 hora 30 minutos para el caldeamiento y el trabajo, pero no mucho más allá de 2 horas debido a que después suelen fatigarse.

Se considera que el número de sesiones se ajusta a los objetivos planteados para los grupos, sin embargo, para que el grupo sea psicoterapéutico debe existir un proceso grupal, para lo cual se considera que se requiere como mínimo de 8 sesiones.

La modalidad de apertura depende de cómo se plantee el grupo y de las necesidades de la práctica. Para sobrellevar ambos aspectos se considera que lo mejor es la realización de un primer grupo de contención abierto y continuo, con pocas sesiones, y un segundo grupo de psicoterapia, cerrado o que se cierre luego de algunas sesiones, de larga duración, donde se pueda aprovechar mejor para profundizar y hacer reparación aprovechando el proceso grupal, o, la realización de un solo grupo de larga duración en donde se pase por ambas etapas, metodologías actualmente usadas en algunos de los centros investigados.

Respecto a la selección y preparación pregrupal se hará mención más adelante.

En relación con el uso de técnicas, estas se utilizan de forma ecléctica, aún así, se considera que esta utilización no se basa en una revisión profunda por parte del facilitador, de que técnicas son las más apropiadas, sino que habitualmente se aceptan o no las recomendaciones de los manuales, según las preferencias de cada profesional.

En general, aunque se considera ideal el uso de coterapia o cofacilitación, esta no se practica con tanta frecuencia debido a carencia de recursos. Esto va en detrimento del apoyo y la complementación para este mismo terapeuta. Además, se niega la posibilidad de que sea conformado por una mujer y un hombre, con quienes recrear la configuración parental de la familia primaria, lo que podría acrecentar la carga afectiva del grupo.

Respecto del género de los facilitadores, tanto desde lo teórico como en las entrevistas, muchas veces se recomienda que sean mujeres, para con ello permitir la identificación de género. De hecho, en la práctica son pocos los terapeutas varones que trabajan en grupo con esta temática. Sin embargo, más importante que el género es que tengan los conocimientos necesarios en relación con la violencia de género, perspectivas de género, y evaluar sus propias posturas frente al tema. De hecho, se considera que se puede aprovechar el uso de una dupla mixta en género, además de lo referido en el párrafo anterior, para que las mujeres participantes desmitifiquen la visión que tienen habitualmente del hombre. Aun así, hay que considerar que en un primer momento del trabajo grupal, se facilita el proceso al contar con una terapeuta mujer, con la cual compartir corporalidad y subjetividad, empatía, acogida y modelaje.

Por otra parte, al trabajar en cofacilitación, esta suele ser en dupla psicosocial, es decir, conformado por una psicóloga y una asistente social, con lo cual se da multidisciplinariedad a la intervención y ambas facilitadoras pueden aportar desde su propio ámbito y mirada.

Se considera que las intervenciones grupales, deben ser realizadas por facilitadoras(es) debidamente capacitados o con experiencia, tanto en temas de

violencia de género y doméstica, como en intervenciones grupales.

Este último aspecto, no se considera comúnmente, tal vez por el supuesto de que alguien capacitado para hacer psicoterapia tendrá tanta capacidad para el trabajo en grupo como para el trabajo individual, no obstante se considera que se necesita capacitación o habilidades específicas para el trabajo en grupo.

Con respecto al estilo del facilitador del grupo, en relación con las funciones mencionadas por Yalom, en la práctica lo habitual es un estilo con mayor tendencia al cuidado y a la atribución de significados, como es la recomendación, sin embargo, hay variaciones en cuanto al estímulo emocional y a la función ejecutiva, no aclarándose si están o no en equilibrio. Se considera que las tendencias están muy relacionadas con las necesidades de las mujeres tratadas.

Respecto a las orientaciones teóricas de las intervenciones grupales, se considera que lo mencionado con frecuencia, es decir, una orientación de forma ecléctica o integral, es lo más adecuado para este tipo de problemática.

En relación con las perspectivas consideradas -como se mencionó- una de las más frecuentes es la perspectiva de género, pero muchas veces es impuesta, por lo cual se considera importante que se realice capacitación en pro de un cabal entendimiento de esta, como una perspectiva que contempla un aspecto macrosocial, en la consideración de la asimetría de poder en los géneros, y no como una perspectiva victimizadora de la mujer.

Respecto a los niveles de trabajo grupal, se considera que es importante, especialmente en una intervención psicoterapéutica de grupo, trabajar a todos los niveles mencionados, y que se han de considerar más de lo que actualmente se hace los niveles corporal e interaccional, que tienen gran influencia en la problemática.

En la práctica aunque se tengan pauteados temas o tópicos para cada sesión, incluidas sus actividades, se suele ser flexible en función de las necesidades que vayan presentando las participantes. De hecho, se considera que un importante factor relacionado con la deserción de las mujeres participantes de estos grupos se relaciona con atenerse más a la estructura planificada de la sesión por sobre lo que la mujer trae en el momento. Un principio básico en este trabajo grupal es siempre partir desde la realidad de las mujeres y no desde el discurso o la cátedra, por lo tanto es más importante lo que ella trae que la estructura de la sesión.

En relación con las ventajas y factores terapéuticos del trabajo de grupo, en general en estos grupos es posible abordar aspectos psicosociales o comunitarios que no serían posibles en una intervención individual, como salir del aislamiento y generar redes de apoyo. Asimismo hay aspectos que pueden trabajarse en intervención individual pero que se potencian más en el grupo, como aprovechar el grupo para

contrastar creencias o adquirir competencias. Además, en la intervención grupal se utilizan más eficientemente los recursos.

De los factores terapéuticos descritos por Yalom (ver marco teórico), los más referidos son el infundir esperanza, la universalización, el ofrecer información, el altruismo, las conductas de imitación, la cohesión grupal y la catarsis.

Como se mencionó, la mayoría de los entrevistados tienen muy valoradas las intervenciones grupales, en especial en su forma psicoterapéutica.

Por último, se considera que la no realización de sistematización influye en que no se produzca un mayor avance en la práctica de estas intervenciones grupales.

5.- Existen algunas conclusiones en relación con los centros de atención que tienen que ver con la intervención grupal, por lo que se mencionarán a continuación.

Se considera que la atención especializada y reparatoria (atención secundaria), no está suficientemente cubierta, lo que en relación con las intervenciones grupales implica que estas se plantean más como una intervención primaria de grupo, como trabajo de grupo, más que como psicoterapia de grupo.

Asimismo, para la atención de mujeres víctimas de violencia grave se contempla esta atención especializada, a la vez que, lo dicho en el párrafo anterior sumado a que esta atención también se presta a mujeres con otras magnitudes de violencia se traduce en que las mujeres víctimas de violencia grave tienen menos posibilidades de recibir esta atención.

Se considera que es un error contemplar que las mujeres víctimas de violencia leve y moderada requerirán tan solo una atención psicológica y/o social de nivel primario, ya que cuán dañada esté la mujer va a depender de muchos factores además de la propia violencia, como por ejemplo la resiliencia de esta mujer.

En relación con los centros estatales, se considera importante relevar la crítica al sistema estatal, referente a los requerimientos cuantitativos. Esto se traduce en una atención menos eficaz, con un profesional presionado y un sistema que no considera a las mujeres atendidas desde su experiencia particular. Aquello es particularmente importante al considerar las intervenciones grupales, a través de las cuales, por una parte se obtiene mayor eficiencia, atendiendo a mayor número de mujeres a la vez, pero por otra, provoca en las personas y en estas mujeres en especial, resistencias a lo grupal.

En relación con la crítica anterior se encuentra que generalmente dentro del establecimiento de estos programas no se tienen contempladas actividades de autocuidado para los equipos, entre ellos los facilitadores grupales, lo cual es preocupante si consideramos que estos equipos están proclives a verse afectados por

efectos de *burnout*, por trabajar con una problemática que provoca angustia y estrés, entre otros motivos debido al riesgo de vida que presentan las mujeres víctimas de violencia doméstica. Se puede deducir que por ello es frecuente el recambio de profesionales, lo cual al sumarse a no hacer sistematizaciones conlleva la imposibilidad de realizar un trabajo en continuo progreso, incluido el trabajo en intervenciones grupales.

6.- Existen una serie de consideraciones que son fundamentales al momento de planificar una intervención grupal con mujeres víctimas de violencia doméstica, estas son:

Se considera que el tipo de intervención grupal apropiado para una mujer víctima de violencia doméstica va a depender de la etapa en que esta se encuentre, es decir, si esta tiene o no concientizada y problematizada la violencia, si a empezando a hacer algunas elaboraciones o *insight* al respecto, etc. Es necesario pasar por estas etapas como pasos previos para un trabajo reparatorio, lo que además se relaciona con trabajar con los aspectos macrosociales de la violencia.

En relación con esto, se considera que un enfoque puramente psicoeducativo, en la línea de entregar información relevante para afrontar esta problemática, no es de utilidad alguna si la mujer no ha realizado o está realizando esta toma de conciencia. Asimismo, las mujeres víctimas de violencia doméstica suelen requerir un proceso de acogida y contención antes de poder recién vislumbrar posibilidades de cambio.

Teniendo esto en consideración, idealmente las intervenciones grupales y en especial la psicoterapia de grupo con mujeres víctimas de violencia doméstica debiera estar contemplada en varios niveles, o, si es de larga duración considerar las diferentes etapas hacia la recuperación, es decir, contemplar acogida y contención, problematización o toma de conciencia de la violencia y reparación, y que la mujer tenga la posibilidad de trabajar con lo que necesita según su propio proceso. Estas intervenciones tendrían un carácter psicoterapéutico y psicosocial a la vez. Los objetivos se deberían plantear en función de las etapas mencionadas sin olvidar el objetivo de potenciar al grupo como herramienta de intervención, tal como suelen plantearse varias de las intervenciones grupales investigadas.

Por otra parte, luego de revisadas las diversas metodologías y teorías consideradas para este tipo de intervención grupal, se puede decir que más que las orientaciones teóricas en específico que se contemplen o las metodologías que se utilicen, existen otros factores que son los que más influyen en la eficacia del grupo, factores como la preparación y selección pregrupal, el estilo del facilitador, la motivación por el cambio o a la terapia de la mujer consultante y la etapa del proceso

de salida en que esta se encuentre.

Se tiene la convicción de que ninguna estrategia u orientación considerada de forma aislada puede pensarse superior a las demás en cuanto a su efectividad, para todo tipo de pacientes y para todo tipo de circunstancias, por lo que lo recomendable y en especial en una temática específica como la violencia doméstica, ha de ser un enfoque ecléctico o integral, adaptable a las circunstancias del paciente en la medida de lo posible.

En relación con la selección pregrupal, son necesarios una buena evaluación previa y criterios de exclusión, para con ello asegurar principalmente la cohesión grupal. Esto suele tenerse en consideración en las intervenciones grupales investigadas, aunque se menciona que esto fue un aprendizaje adquirido con la práctica y debiera tenerse presente de forma previa.

En lo que se refiere a la preparación pregrupal, considerada como una tarea esencial del terapeuta, en los centros investigados habitualmente se tiene contemplada, variando el número de sesiones de intervención individual previo a lo grupal. Sin embargo, también esto fue un aprendizaje a partir de la experiencia.

Este proceso previo es importante ya que, además de lo mencionado, funciona como un período para hacer evaluación, y es el momento en el cual se pueden coconstruir los objetivos de la intervención.

Se considera que más que tareas específicas del facilitador(a), es primordial que establezca una actitud básica, una relación terapéutica de interés, aceptación, sinceridad y empatía con el paciente. Además, debe tener competencias específicas en relación con la violencia doméstica y a la intervención grupal, y ha de ser flexible al trabajar con lo que el grupo trae o experimenta por sobre la planificación de las sesiones.

Además, resulta necesario considerar que en cualquier intervención existen factores externos que influirán fuertemente en los resultados, principalmente referidos a la persona que viene a buscar ayuda, en este caso la mujer víctima de violencia doméstica, quien requiere tener algún nivel de motivación para el cambio y darse cuenta o haber realizados algunos *insight*. Esto se dificulta en ocasiones en los centros investigados debido a que suelen atender a mujeres que vienen derivadas desde otra institución no necesariamente motivadas.

Por último, es de gran relevancia para un buen desempeño de las intervenciones con mujeres víctimas de violencia doméstica y de las intervenciones grupales en particular, el intento de establecer ciertos equilibrios -particularmente los mencionados en los resultados- entre: contener-responsabilizar-no culpar; apoyar-generar autonomía y hablar-no hablar de la violencia.

En definitiva, las intervenciones grupales con mujeres víctimas de violencia doméstica pueden tomar formas muy diversas, lo cual no va tener necesariamente una influencia directa en la eficacia de la terapia. Lo que si es muy importante es tener en cuenta a que grupo en específico será dirigida y, según ello, planificarlas, realizar una adecuada preparación y selección pregrupal, y que el/la o los/las facilitadoras(es), tengan una preparación adecuada en trabajo grupal y temas de violencia, y establecer un estilo de relación terapéutica adecuado, en la forma como se ha detallado previamente.

7.- Este estudio sirve de base para futuras investigaciones, como se mencionará a continuación.

Al tener clara la forma en que se realizan las intervenciones grupales con mujeres víctimas de violencia doméstica, se puede dar curso a futuras investigaciones de eficiencia psicoterapéutica, apuntando a una investigación diferencial, es decir, investigando en específico “qué intervención terapéutica, ejercida por este terapeuta, en este momento, produce en este individuo, con este problema específico y en estas condiciones, este determinado efecto después de transcurrido tanto tiempo” (Jiménez, 1993, p. 35).

Asimismo, a partir de la presente investigación se concluyó que existen algunas consideraciones de gran relevancia para planificar las intervenciones grupales, por ende, estas pudieran tener influencia en la eficiencia de dichas intervenciones. En futuros estudios se pudiese ahondar en estos aspectos buscando responder cual es el valor que tiene cada una de estas consideraciones, por ejemplo: un estudio comparativo de intervenciones grupales dirigidas por facilitadores con diferentes estilos de establecer relaciones terapéuticas.

8. Por último, respecto al estado de las intervenciones grupales con mujeres víctimas de violencia doméstica en Chile se puede decir, en términos muy generales, que estas presentan bastante variabilidad entre los diferentes centros de atención, que ha existido un proceso de desarrollo general, ayudado por el material teórico existente, pero que a nivel de las prácticas no ha existido mucho intercambio, ni a través de seminarios, ni a través de la realización e intercambio de sistematizaciones.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aumann, V. (2003). Aportes de las teorías psicológicas al abordaje de la violencia familiar. En Corsi (Comp.) , *Maltrato y abuso en el ámbito doméstico*. (pp. 239-272). Buenos Aires: Paidós.
- Arraigada, M. y Thiers M. (2005). *Diseño, implementación y validación de una intervención psicoeducativa grupal para padres no agresores de niños víctima de abuso sexual*. Tesis de grado para optar al Título de Psicólogo, Departamento de Psicología, Universidad de Chile. Santiago, Chile.
- Bolgeri, P. (2000). *Técnicas de facilitación grupal*. La Serena: Editorial Universitaria de Serena.
- Burin, M. y Meler, I. (1998). *Género y familia: Poder, amor y sexualidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Cáceres, A.; Martínez. V. y Rivera, D. (Editoras), (1993). *Seminario modelos teóricos y metodológicos de intervención en violencia doméstica y sexual*. Santiago: Casa de la Mujer La Morada/ Instituto de la Mujer., 7 y 8 de Noviembre de 1991.
- Cartagena, M., Palma, L. & Srur, M. (1979). *Una comprobación empírica de la aplicabilidad y eficacia de la psicoterapia experiencial de grupo como agente de cambio terapéutico*. Tesis de grado para optar al Título de Psicólogo, Departamento de Psicología, Universidad de Chile. Santiago, Chile.
- Casas, L. (2001). *Derechos humanos. Derechos de las mujeres*. Santiago, Chile: Instituto de la Mujer: CEDEM: CORSAPS.
- Casas, L. (2004). *Violencia de género y reforma procesal penal chilena: Delitos sexuales y lesiones*. Santiago: Facultad de Derecho, Universidad Diego Portales.
- Chollet, M. (2004). *Los crímenes contra mujeres*, traducido por Zito, C. para Le Monde Diplomatique, edición Chilena, Mayo 2005.
- Corsi, J. (Comp.) (1992). *Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Buenos Aires: Paidós.
- Corsi, J. (Comp.) (2003). *Maltrato y abuso en el ámbito doméstico. Fundamentos teóricos para el estudio de la violencia en las relaciones familiares*. Buenos Aires: Paidós.
- Crempien, C. (2005). *El trauma relacional de la violencia en la pareja impacto y consecuencias*. La violencia en la familia, escuela y sociedad. Sentidos, consecuencias y estrategias de intervención. Universidad Internacional SEK. Ponencias y artículos. Seminario Internacional Santiago de Chile, Julio 2005. Editado Noviembre 2005.
- De Board, R. (1980). *El psicoanálisis de las organizaciones*. Buenos Aires: Paidós.
- DOMOS, Corporación de Desarrollo de la Mujer (2002). *Violencia doméstica y ámbito local: La propuesta de intervención DOMOS*. Santiago: Díaz, M.; Fernández, I. y Valdevenito, L.

- Ferreira, G. (1989). *La mujer maltratada. Un estudio sobre las mujeres víctimas de la violencia doméstica*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Ferrer, V. & Bosch, E. (2001). Violencia de género y salud mental. Algunas reflexiones sobre el maltrato de mujeres. *Los espejos de la desigualdad, mujeres y salud mental. Cuadernos Mujer y Salud, red de salud de las mujeres Latinoamericanas y del Caribe*, 6, 99-104.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la Investigación cualitativa*. España: Morata, S.L.
- Guimón, J. (2003): Manual de terapias de grupo, tipos, modelos y programas. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Gissi, J. (1993). *Psicoterapia (s) y psicología comunitaria*. En Educación superior en salud mental: formación de psicoterapia. Jiménez, J.P. (Ed). Santiago: CPU.
- Gutiérrez, A.; Martínez, V.; Pereda, V.; y Pérez, F. (1994). *Relaciones posibles e imposibles: Sistematización de un programa de intervención en violencia doméstica*. Santiago: Casa de la Mujer La Morada.
- Hese, L. Pintanguy, J. y Germain, A. (1994). *Violencia contra la mujer: La carga oculta de salud*. Wash. , D.C.: OPS.
- Hernandez, R. (1991). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Jiménez (1994). *Investigación en psicoterapia: Procesos y resultados. Un modelo de análisis del sistema de atención psicoterapéutica*. Santiago de Chile: CPU.
- La Morada (1994). *Relaciones Posibles e Imposibles: Sistematización de un Programa de Intervención en Violencia Doméstica*. Santiago: Casa de la Mujer La Morada: Gutiérrez, A.; Martínez, V.; Pereda, V.; y Pérez, F.
- La Morada (2003). *Informe alternativo sobre el cumplimiento de la CEDAW en Chile*. Informe sobre la situación de los derechos humanos de las mujeres en Chile. Santiago: Casa de la Mujer La Morada.
- La Morada (2004). *Mujer sujeto mujeres sujetadas. Informe sobre la situación de los derechos humanos de las mujeres en Chile. Derechos civiles y políticos*. Santiago: Fries, L.; Maira, G. y Maturana, C. del área de ciudadanía y derechos humanos de la corporación La Morada. Rioseco, L. y Borquez, R. de la corporación DOMOS.
- La Morada (nov. 2004). *Seminario sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Ponencia: "Los derechos humanos de las mujeres"*. Extraído el 10 de Abril, 2006:
<http://www.lamorada.cl/doc-seminario.pdf>
- Larraín, S. (1994). *Violencia Puertas Adentro. La mujer golpeada*. Santiago, Chile: Universitaria.
- Larraín (Sep. 1994). *Análisis Psico-Social de la violencia intrafamiliar*. Manual elaborado por el Departamento de Psicología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, para ser utilizado en el programa de Capacitación de Funcionarios Públicos dependientes del Servicio Nacional de la Mujer, SERNAM. Santiago de Chile.

- Minsal, Ministerio de Salud, Chile. (1998). *Manual de apoyo técnico para las acciones de salud en violencia intrafamiliar*, Santiago de Chile: Unidad de salud mental, Ministerio de Salud.
- Minsal (2001). *Plan nacional de salud mental y psiquiatría, Capítulo: Violencia*. Extraído el 23 de noviembre, 2006 del sitio web del Minsal: http://www.minsal.cl/ici/s_1/u_14/VIF.pdf
- Minsal (2005). *Manual para la Atención Primaria: Intervención Psicosocial de Grupo para el Tratamiento de la Violencia Intrafamiliar*, Santiago de Chile: Unidad de salud mental, Ministerio de Salud.
- Montero. M. (2003). *Teoría y Práctica de la Psicología Comunitaria. La tensión entre comunidad y sociedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Montero, M. (2004). *Introducción a la Psicología Comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Paidós.
- Montt, D. y Villarroel, A. (2003). *Modelo de psicoterapia grupal constructivista cognitivo para trastornos alimentarios, aplicado a un grupo de pacientes diagnosticadas con bulimia nerviosa*. Tesis de grado para optar al título de Psicólogo, Departamento de Psicología, Universidad de Chile. Santiago, Chile.
- Moreno, J. (1961). *Psicodrama*. Buenos Aires: Paidós.
- O.P.S./ O.M.S. (1999). *Abordaje del problema de la violencia contra la mujer en las políticas de reforma del sector de la salud en Centroamérica*, Subcomité sobre la mujer, la salud y el desarrollo 18ª sesión, 8–9 de febrero de 1999.
- OPS (Dic. 2001). Capítulo VI. El modelo de Atención a las mujeres y Niñas/os que sufren violencia. Informe final: Sistematización del proyecto OPS: Hacia un modelo integral de la atención para la violencia intrafamiliar en Centroamérica: Mary Ellesberg, PhD y Carme Clavel Arcas, MD, MPH.
- PNUD, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2004). Boletín Informativo del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sede Chile. Número 5 - Septiembre / Octubre 2004. Contacto: María Elena Hurtado. Extraído el 3 de marzo del 2007: <http://www.pnud.cl/boletin/enero2005/cont07.htm>
- Perls, F. (1975). Terapia de grupo vs. terapia individual. En J. Stevens (Ed.) *Esto es Gestalt* (pp. 21-27). Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Petit, M. (1987). *La terapia Gestalt*. Barcelona: Kairós.
- Portuondo, J. (1972). *Psicoterapia de grupo y psicodrama*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Quijada, P. y Riffo, N. (Comp. y Ed.), (2002). *Sistematización del Seminario-Taller "Atención directa en violencia doméstica"*. Desarrollado en Concepción en el mes de julio del 2002. Instituto de La Mujer de Concepción, programa de violencia doméstica y sexual.
- Rico, N. (1996). Serie Mujer y Desarrollo 16. *Violencia de género: un problema de derechos humanos*. Consultora de la Unidad Mujer y Desarrollo de la CEPAL.

- Rogers, C. (1973). *Grupos de encuentro*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Salgado, M. (2004). *Satisfacción en participantes de un tratamiento psicoterapéutico grupal para hombres que ejercen la violencia basado en el enfoque gestáltico*. Memoria para optar al Título de Psicólogo, Departamento de Psicología, Universidad de Chile. Santiago, Chile.
- Santelices M. (1991). *Mal amor, violencia entre cuatro paredes*. Santiago, Chile: CEM.
- Schützenberger, A. & Sauret, M. (1980). *Nuevas terapias de grupo*. Madrid: Pirámide.
- Schutz, W. (1973). *Grupos de encuentro Abierto: Crecimiento Interpersonal según W. Schutz*. Santiago de Chile: CPEIP.
- Seminario-Taller (1997). *Atención de la salud sexual y reproductiva y la violencia doméstica desde una perspectiva de género*. Mayo 1997, Bella Unión. Uruguay.
- Seminario-Taller (2002). *Atención Directa en Violencia Doméstica*. Concepción, Julio del 2002, (Comp. y Ed.) Riffo, N. y Quijada, R. Programa de Violencia Doméstica y Sexual. Instituto de la mujer de Concepción.
- SERNAM, Servicio Nacional de la Mujer, Chile (1994). *Primer Congreso Nacional: Mujer y Salud Mental, Hagamos un nuevo trato*, Seminarios. Santiago: SERNAM.
- SERNAM (Ed.) (1997). *Una Reconstrucción Posible. Modelo de intervención centro de atención y prevención en violencia intrafamiliar*. Municipalidad de Santiago. Chile: SERNAM. Creación colectiva: Acuña S.; Beltrand S.; Goldoñez C.; Guerra G.; Lizana R.; Martínez V.; Peñaloza C.; Retamales M.; Silva J.; Valenzuela E.; Vargas E.; y Walker, C.
- SERNAM (Ed) (2002a). *Detección y Análisis de la prevalencia de la violencia intrafamiliar (documento de trabajo)*. Investigación encargada al centro de Análisis de Políticas Públicas de la Universidad de Chile (CAP), investigación: Urzúa, R.; Ferrer, M. y Gutiérrez, C. (sociólogos e investigadores del CAP); Larraín, S. (psicóloga y académica de la U. de Chile). Santiago, Chile: SERNAM.
- SERNAM (Jun. 2002b). *Atención integral y prevención en violencia intrafamiliar. Documento teórico de apoyo a capacitación a equipos especializados en violencia intrafamiliar, SERNAM Junio 2002*. Martínez, V.; Álvarez, K.; Crempien, C.; Herrera, Y.; Maldonado, F.; Correa, E.; Narr, J.; y Walter, C. Santiago de Chile. TEMPLANZA CONSULTORES.
- SERNAM (2004). *Experiencia en intervención en violencia intrafamiliar del servicio nacional de la mujer en la región metropolitana*. Parra, A. y Cabezas, F. Santiago de Chile. LOM.
- SERNAM (2006). *Familias y sus derechos*. Extraído el 3 de Marzo, 2007 del sitio web del SERNAM:
<http://infomujer.SERNAM.gov.cl/derecho/?idSecDer=2>;
<http://www.SERNAM.cl/publico/categoria.php?sec=11&cat=11>;

- SERNAM (2007). Un femicidio a la semana en Chile. Extraído el 28 de Marzo, 2007 del sitio web del SERNAM:
<http://www.sernam.gov.cl/publico/noticia.php?not=428>
- Taylor, S. y Bogdan R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de Investigación.*, 1° publicación 1984, Piatigorsky, J (Trad.). Nueva York: Paidós.
- Vinogradov, S. & Yalom, I. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo.* Barcelona: Paidós.
- Yalom, I. (1986). *Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo.* México: Fondo de Cultura Económica.
- Yagupsky, V. (1992) Cap. 6 Atravesando el muro. El rol del psicólogo en los servicios de atención al problema de la violencia conyugal. En Corsi (Comp.) *Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social.* Buenos Aires: Paidós.

6. ANEXOS

6.1 Anexo N°1: Pauta de entrevista a facilitadoras(es) de intervenciones grupales con mujeres víctimas de violencia doméstica

Temas:

1.- Abordaje Institucional

- Perspectivas. Enfoques. Intervenciones. Foco
- En relación con participantes (consecuencias de la V.D., ingreso)

2.- Evolución de la Intervención Grupal en V.D.

(Desde cuando, cambios, etc.)

3.- Caracterización del estado actual de la práctica de Intervención Grupal.

- Tipificación
- Metodologías (composición, tamaño, duración, frecuencia, modalidad, encuadre, técnicas, etc.)
- Teorías (orientación, perspectivas, etc.)
- Participantes (proceso, grado de compromiso o adherencia, beneficios)
- Terapeuta (coterapia, género, motivación, roles)
- Comparación con Intervención individual.

4.- Competencia teórica y metodológica en creación y evolución.

(Capacitación, intercambio, Sistematización, Evaluación)

5.- Consideraciones a partir de la experiencia y posibles evaluaciones.

6.2 Anexo N°2: Registro de las instituciones en las que se realiza intervención grupal con mujeres víctimas de violencia doméstica en Santiago

Las destacadas en negrita son las que fueron entrevistadas para la realización de esta memoria.

Nombre	Zona	Tipo de Centro
C. Irene Frei de Cld	Quilicura	APS
C. Hernán Urzúa	Renca	APS
C. Eneas Gonel	Q. Normal	APS
C. Orlando Letelier	El Bosque	APS
Dr. Norman Voulléme	Cerrillos	APS
Enf. Sofía Pincheira	Cerrillos	APS
Centro de Salud Maipú	Maipú	APS
C. Alejandro del Río	P. Alto	APS
C. vista Hermosa	P. Alto	APS
C. Bernardo Leighton	P. Alto	APS
C. San Jerónimo	P. Alto	APS
C. Padre Manuel Villaseca	Puente Alto	APS
C. de Peñalolen ³⁸	Peñalolen	APS
Centro de Salud Marín	Q. Normal	APS
C. Raúl Silva Enrique	Pudahuel	APS
Centro de Salud Dr. Alberts	Cerro Navia	APS
Conchalí	Conchalí	COSAM
Recoleta	Recoleta	COSAM
Quilicura	Quilicura	COSAM
Independencia	Indepen.	COSAM
San Bernardo	S. Bernar.	COSAM
El Bosque	El Bosque	COSAM
Pedro Aguirre Cerda	P.A.C.	COSAM
Peñalolen	Peñalolen	COSAM
Maipú	Maipú	COSAM
Pudahuel	Pudahuel	COSAM
Lo Prado	Lo Prado	COSAM
Quinta Normal	Q. Normal	COSAM
Til Til	Til Til	COSAM
Buín	Buín	COSAM
Peñaflor	Peñaflor	COSAM
Conchalí	Norte	SERNAM
San Joaquín	Sur	SERNAM
Peñalolen	Oriente	SERNAM
Maipú	Poniente	SERNAM
Melipilla	Melipilla	SERNAM

Casa de la Mujer	Pudahuel	Programa Municipal
Centro de At. y Prev. en VIF	Santiago	Programa Municipal
Centro de Atención a Mujeres, La Bandera	San Ramón	Programa Municipal
Casa de la Mujer Huamachuco	Renca	Programa Municipal
Casa de la Mujer, Hogar de Cristo	Estación Central	ONG
Colectivo de monitoras Andrea Araneda	San Ramón	ONG
Casa de la Mujer La Morada	Recoleta	ONG

³⁸ Todos los consultorios de la comuna de Peñalolen realiza intervención grupal, pero es en grupos de mujeres heterogéneas en problemáticas

6.3 Anexo N°3: Registros y sistematizaciones de centros de atención en violencia doméstica donde han realizado intervenciones grupales

1.- Seminario: Modelos Teóricos y Metodológicos de intervención en violencia doméstica y sexual. En Santiago en Noviembre de 1991.

Las experiencias allí mostradas son:

1.1.- Grupos de Autoapoyo en la Casa de la Mujer La Morada.

Según lo expuesto en el seminario por Ana María Gutiérrez, orientadora legal.

Estos grupos están destinados a mujeres que viven o han vivido violencia doméstica, como forma de profundizar los apoyos integrales y búsquedas de salidas colectivas.

Objetivos:

- Profundizar el proceso de salida o superación de la relación de violencia.
- Aportar a las mujeres los elementos para su recuperación integral (corporal, psicológico, social, legal, etc.).
- Crear espacios de confianza, solidaridad, complicidad y colaboración entre mujeres.

Metodología:

Grupos cerrados, conformados por un máximo de 15 mujeres y un mínimo de 4 a 6, con las cuales trabajan 2 facilitadoras, como requisitos se considera el que la mujer sea o haya sido víctima de violencia doméstica y que la mujer haya pasado por el apoyo integral que se realiza en el centro.

Procedimientos:

- Trabajo Grupal: consistente en trabajo testimonial en donde se profundiza la historia de la relación de violencia de cada mujer y un trabajo de aprendizaje colectivo de expresión de sentimientos (molestia, rabia) y expresión de los derechos (afectivos o legales) transgredidos.
- Trabajo Teórico: a través de la presentación de teoría se le muestra a la mujer que el problema no es tan solo suyo, sino que es de muchas mujeres y que involucra a la sociedad entera.
- Trabajo Corporal: destinado a reparar el cuerpo enfermo de la mujer, quienes para sobrevivir a la situación de violencia física niegan su cuerpo, por lo cual es un trabajo de recuperación paulatino y delicado, en la consideración de la dificultad que presentan estas mujeres para movilizarse debido a su historia.

Algunas consideraciones a partir de la experiencia:

En estos grupos las mujeres encuentran un espacio para colectivizar o socializar su experiencia como mujer golpeada, al darse cuenta que otras mujeres de diferente edad, condición social o nivel educacional, viven experiencias similares, se comienza a tomar conciencia de que este es un problema social que se vive en aislamiento, miedo, vergüenza y culpa, donde no se ve posibilidad de cambio. Todo este darse cuenta es sanador.

Como dificultades se encuentran la poca continuidad y una importante deserción a estos grupos. Además las participantes presentan poca capacidad de tolerar el dolor ajeno, quieren ser escuchadas, a la vez que se les dificulta el escuchar.

En estos grupos existe la posibilidad de politizar la problemática dentro del grupo, lo cual es un importante elemento de sanación, además de ser un espacio de confianza y crecimiento.

1.2 Trabajo Grupal con Mujeres Maltratadas en la Casa de la Mujer de Valparaíso.

Según lo expuesto por Ruth Alvarez Guzmán, asistente social.

También se trabaja con grupos de autoapoyo dirigidos a mujeres que previamente han participado en apoyos sucesivos como primer apoyo y/o en atención jurídica o psicológica.

Objetivos:

- Compartir los aspectos comunes presentes en las diversas experiencias de violencia de las mujeres.
- Construir relaciones basadas en la cooperación, solidaridad y respeto a la diversidad, sustentos de las prácticas de autoapoyo y apoyo entre mujeres.
- Profundizar el proceso personal iniciado por cada mujer en los apoyos individuales.
- Conectar (se), sanación corporal, afectiva-emocional y espiritual de cada mujer con otras.
- Movilizar en forma creativa acciones orientadas a una re-valoración de seguridad,

defensa y protección, mediante el ejercicio de sus derechos afectivos y legales como humana.

Metodología:

Sesiones de una vez por semana, a sesiones de 2,30 hrs. cada una, inicialmente programado para ser cerrado y de 10 sesiones.

Procedimientos:

- Trabajo Corporal: a través de respiración y oxigenación, centrarse en el propio cuerpo para conocerlo, trabajar el cuerpo en movimiento, pararse desde sí para la sanación (masajes y automasajes), creación libre e intencionada (dibujos, teatralizaciones), uso de voz, ejercicio de la palabra.
- Relación situación de violencia: a través de reconocimiento y comprensión de, los aspectos de la relación de violencia, origen de la relación de violencia, problematización de la relación de violencia, desarrollo y curso de la relación, dificultades (carencias), posibilidades (capacidades), y salidas a una relación de abuso, manifestaciones de abusos en la relación de violencia, derechos afectivos, miedos, deber ser, necesidades, querer, elegir y poder hacer.
- Autoapoyo- apoyo mutuo- red solidaria: a través de acogida a situaciones críticas, contención de realidades cotidianas, desarrollo de complicidades y construcción de relaciones de confianza, acciones de defensa y protección; acompañamientos a comisarías y juzgados, red telefónica de apoyo, salidas del hogar, acogida a nuevas integrantes, trabajo remunerado; acciones, relaciones y proyecciones del grupo de apoyo.

Algunas consideraciones a partir de la experiencia:

En la práctica, dadas las necesidades del grupo, se amplió el período de duración del grupo y de asistentes a él (ingresaron 5 mujeres al grupo, las que fueron iniciadas por las antiguas).

Un importante proceso reparador que ocurre en estos grupos es el paso de lo individual/personal a lo colectivo/social.

Otros son: la valorización de las distinciones (entre emociones y sentimientos positivos y negativos, entre necesito-quiero, tengo miedo-me gustaría y tengo que-elijo que), el contactarse consigo misma (emociones y sentimientos), la construcción de un discurso político y acciones políticas de cambio.

1.3 Grupos de Autoayuda en el Centro de atención en Violencia Doméstica. SERNAM- municipalidad de Santiago.

Según lo expuesto por Marcela Pumarino, Psicóloga.

Dentro de este centro se describe 3 tipos de grupos:

A.- Grupos de Autoayuda, desde Marzo de 1991

Objetivos:

- Romper el aislamiento de las mujeres.
- Generar espacios para crear redes de ayuda.
- Visualizar lo social del problema.

Metodología:

Se baso en un manual canadiense, con algunas modificaciones, consistente en 10 sesiones, de modalidad cerrado, una vez por semana, a sesiones de 2 horas cada una, tratando un tema específico en cada sesión, considerando la flexibilidad debido a ser una experiencia piloto, de modalidad cerrado.

Procedimientos:

En cada sesión hay una primera etapa de 10 a 20 minutos al inicio de la reunión para escuchar a cada mujer, chequeando su situación.

En cada sesión se trato un tema preparado para conocer y discutir, tales como: derechos personales, vías de acción ante la violencia, ciclo de violencia, machismo, sentimientos, autoestima, soledad y sexualidad, éste último propuesto por las participantes.

Algunas consideraciones a partir de la experiencia:

Con esta forma de trabajo se realizaron 4 grupos, con un promedio de 8 mujeres cada uno, cumpliéndose los objetivos planteados.

Presentaron algunos aspectos deficitarios como el hecho que el tiempo destinado al inicio de la reunión para que cada mujer hablara de sí se prolongaba durante toda la primera hora o más, quedando solo los últimos para tratar el tema preparado, mostrándose la necesidad de estas mujeres de ser escuchadas y poder contar lo callado.

Otro aspecto es que constantemente llegaban más mujeres solicitando atención y debían esperar a que empezara un nuevo grupo para lo cual a veces implicaba una larga espera generándose desinterés.

A partir de lo anterior, desde julio de 1991, se comenzó a trabajar con una nueva modalidad basada en una experiencia argentina que daba respuesta a las necesidades surgidas, consistente en un trabajo a 2 niveles, primero una etapa de grupo de contención, y luego una etapa de grupo de terapia más profundo, optativo.

B.- Grupo de Contención

Objetivos:

- Contención de la mujer.
- Procesar emocionalmente la experiencia vivida.
- Entregarle conocimientos y herramientas básicas para protegerse.
- Romper el aislamiento y generar redes de ayuda.

Metodología:

De modalidad abierta y continua (la mujer puede ingresar en cualquier momento permanecer el tiempo que estime).

Procedimientos:

No se tiene referencia al respecto

Algunas consideraciones a partir de la experiencia:

Al momento de la referencia estaban funcionando 2 de esos grupos, con un promedio de asistencia de 12 mujeres y hasta ese momento habían demostrado responder a las necesidades planteadas.

C.- Grupo de Terapia

Es optativo de acuerdo al nivel de motivación y compromiso de aquellas mujeres que, habiendo asistido un tiempo al grupo de contención, tienen la necesidad de seguir profundizando ciertos aspectos de su desarrollo personal.

Objetivos:

- Desarrollar la autoestima a través de un entrenamiento asertivo.
- Reestructuración cognitiva afectiva más profunda.

Metodología:

De modalidad cerrada, cupo limitado a 10 mujeres y de una duración de 8 sesiones.

Procedimientos:

Se abordaron los siguientes contenidos:

- Concepto de asertividad en relación a la autoestima (Fernsterheim y Baer)
- Defensa de los propios derechos.
- Expresión de emociones.
- Autoafirmación.
- Manejo de situaciones de agresividad v/s pasividad.
- Mitos que sustentan el comportamiento hipoasertivo, entre otros.

A través de desarrollar 3 temas fundamentales, basados en el programa de entrenamiento de Lange y Jacobowsky, quienes plantean la asertividad relacionada a los estereotipos sexuales tradicionales, esos temas son:

- Autoaceptación y aceptación de otras mujeres: es habitual que las mujeres nos descalifiquemos, como personas o como género, lo que se revisa y replantea.
- Logrando poder personal: se revisan las dificultades de manejar el poder y los límites en forma adecuada.
- Tomando conciencia de las propias necesidades: dada la actitud de autopostergarse por los demás, sin considerar las propias necesidades, lo que se analiza en profundidad.

Técnicas:

Role playing, imaginación, trabajo corporal, dinámicas y juegos.

Algunas consideraciones a partir de la experiencia:

Al momento de la referencia se estaba realizando un grupo de este tipo, con muy buenos resultados.

2.- Relaciones Posibles e Imposibles, Sistematización de Programa de Intervención en Violencia Doméstica (1994). Casa de la Mujer La Morada

A través de este libro como lo refleja el nombre se sistematiza el programa de intervención en su totalidad, y a través del tiempo, identificándose dos periodos, el primero entre los años 1986 y 1990, en un contexto marcado por la dictadura militar, donde el tema de la violencia se inserta dentro de las experiencias represivas y donde el peso de la intervención apunta a la sensibilización, difusión y denuncia, prevaleciendo la crítica militante y la politización del problema.

En esta etapa se identifican 2 niveles: 1.- Recuperación de las mujeres a través de la atención multidimensional e interdisciplinaria con atención individual específica (apoyo específico en violencia doméstica), atención psicológica (breve, focalizada a la recuperación psicológica), orientación legal y trabajo grupal (mayor profundización del trabajo individual); 2.- Instalación del problema en la comunidad y el mundo público, a través de capacitaciones, acciones de sensibilización y de denuncia, entre otras.

El segundo periodo (1990 en adelante), existe una ampliación de las temáticas de abordaje a temas como derechos reproductivos y salud, por lo cual en 1991 surge el "Área de Salud y Sanación" y dentro de esta se inserta la línea de Violencia Doméstica.

En la línea de violencia doméstica, se realizaba apoyo específico y atención psicológica, el primero fue una modalidad de atención individual que a grandes rasgos apunta a favorecer los procesos de cambio en las mujeres que viven relaciones de violencia, a través de trabajar con la acogida y contención, la reconstrucción de la historia de la relación de violencia, el contactarse consigo misma y el reforzamiento de la decisión de la mujer para pedir apoyo. El apoyo se realiza con monitoras que eran mujeres que habían vivido experiencias semejantes facilitando con ello la identificación.

La atención psicológica en el primer periodo se planteaba como una intervención individual breve (de 8 a 16 sesiones), focalizada en la situación de violencia y tenía una perspectiva psicodinámica, con el tiempo fue observable un cierto enfrentamiento de esta con el apoyo específico, dado que este último conformaba una relación de apoyo y búsqueda de salidas y la atención psicológica apuntaba a enfrentar a la mujer con sus dificultades para cambiar. En el segundo periodo se busco trabajar de forma más integradora y complementaria entre estas dos instancias.

El trabajo grupal, entre otros valores, da la posibilidad de identificación, con lo cual genera confianza, solidaridad y apoyo mutuo, factores elementales para generar contención grupal. Además a través de él se rompe con el aislamiento y se genera la búsqueda de salidas individuales y colectivas al problema. En este centro hubo un proceso de cambio en el tiempo desde los grupos de Autoapoyo (descritos previamente) a los Grupos de Sanación en Violencia Doméstica.

A.- Grupos de Autoapoyo

Si bien, estos grupos ya fueron descritos a través del seminario de 1991, se describirán con mayor detalle. Tienen una característica genérica esencial, "el encuentro entre iguales que se juntan para potenciar salidas comunes, mutuamente apoyadas, frente a un problema común" (p. 116), existe una valoración del grupo como un espacio potenciador de cambios.

Objetivos:

- Profundizar los procesos de salida y superación de la relación de violencia iniciado en los procesos individuales.
- Aportar elementos y herramientas básicas para la recuperación integral de las mujeres (física, social y espiritual) a través de la entrega de información y el desarrollo de técnicas de recuperación física y emocional.
- Promover la toma de conciencia sobre la violencia doméstica como un problema social, incentivando en las participantes la necesidad de organizarse para desarrollar acciones locales y comunales proporcionando capacitación básica acerca de los derechos de la mujer.

Metodología:

De modalidad cerrada, una vez por semana, de 2 horas de duración, durante 10 semanas, de 10 a 12 mujeres participantes y conducido por 2 facilitadoras miembros del equipo.

Procedimientos:

- Trabajo corporal: como medio para el trabajo colectivo. Técnicas de relajación, masajes corporales, balance cero, imagerías, etc. Se considera el hecho de que dado que la violencia es sobre el cuerpo sobre este deja huellas y resulta necesario trabajar con el para reaprender a sentir y contactarse consigo misma.

- Ejercicios individuales: apuntan a la experiencia individual, se desarrollan a través de pautas entregadas por las facilitadoras y luego compartidas con el grupo.
- Entrega de información: revisión de conceptos y experiencias en torno a la violencia doméstica, mujer y derechos, etc.

Además el propio grupo sesión a sesión fue elaborando objetivos para cada una de sus integrantes, en forma de tareas que apuntaran a modificar de alguna forma la situación vivida.

Algunos de los temas que se trabajaban fueron: La relación de violencia, los sentimientos, recursos para el cambio, la politización del problema.

Algunas consideraciones a partir de la experiencia:

Este espacio estaba enmarcado como una continuación de los procesos de apoyo individual, por lo cual quienes asistían tenían una experiencia previa o paralela de apoyo individual en violencia doméstica, con el fin de profundizar los cambios iniciados. Asimismo estos grupos surgen como necesidad de las experiencias de apoyo específico, el cual tenía una fuerte orientación a la “politización” del problema, siendo la colectivización de vivencias y estrategias de resolución parte del diseño.

Estas experiencias fueron bien evaluadas por el equipo inicial dada la baja deserción y el logro de apoyo mutuo entre las participantes, sin embargo no se logro uno de los objetivos que estos tenían que era el constituirse como organizaciones de base, autónomas. Luego se llego a pensar que “la generación de acciones políticas y públicas constituyen posibles pero no necesarias opciones para las mujeres que han vivido violencia” (p.120), y que de hacerlo les corresponde ha ellas generar los espacios.

B.- Grupos de Sanación en Violencia Doméstica

Estos surgen a partir de la evaluación de los grupos de apoyo, se han llevado a cabo desde 1992, de forma anual, y ha ido teniendo variados énfasis en cuanto a contenidos y modalidades, en búsqueda de una atención integral y como continuidad y complemento al apoyo específico en violencia doméstica. Este último con el tiempo se fue consolidando como la modalidad principal desde donde desarrollar la intervención.

Objetivos:

- Crear un espacio de contención colectiva desde la identificación y la solidaridad entre mujeres, favoreciendo redes afectivas de apoyo.
- Aportar a la redefinición de las relaciones de violencia desde el cuestionamiento de la participación en las relaciones, facilitando la elaboración de las historias de violencia.
- Potenciar y desarrollar recursos personales de las participantes.

Metodología:

Ha sido diversa dependiendo de una serie de situaciones, grupos abiertos o grupos acotados. En general una dinámica que apunta a complementar el trabajo individual, cada mujer cuenta con al menos una sesión en donde se trabajará algún tema de ella que involucra en mayor o menor medida a las demás participantes. Además se apunta a la flexibilidad más que a regirse a la planificación, según los requerimientos del grupo.

Procedimientos:

Se ha intencionado la involucración de distintos niveles de intervención, lo cognitivo, lo emocional, lo corporal, etc.

Algunos de los temas centrales en los talleres de sanación son: La relación de violencia y la relación de pareja; yo y mis poderes; sexualidad; las relaciones entre mujeres y la mirada transgeneracional.

Técnicas:

Lo anterior se ha desarrollado a través de diferentes técnicas como son: trabajo corporal, imagería, role playing, etc.

3.- Una Reconstrucción Posible, Modelo de Intervención centro de atención y prevención en violencia intrafamiliar Municipalidad de Santiago (1997)

Este libro sistematiza el trabajo en el centro en sus diferentes líneas de intervención, desde sus comienzos hasta 1997. En lo que respecta a la línea de atención de mujeres, en la primera entrevista se recibe a toda mujer que solicita ayuda en el centro. Si se trata de una situación de VIF y la persona reside o es apoderada de la comuna se ingresa al programa, en caso contrario se deriva con interconsulta a alguna institución de su comuna, excepto en el caso de ser evaluada de “riesgo” para lo cual se mantiene un 15% de los cupos mensuales.

La intervención es multidisciplinaria, con atención terapéutica, social y legal, siendo la

primera de estas la principal y las demás complementarias en el desarrollo de tratamiento.

El ingreso o primera entrevista es un proceso clave, tanto como espacio de diagnóstico como espacio de inicio del proceso de intervención. Brinda un espacio de acogida, contención y orientación empática, además se busca caracterizar y evaluar la problemática de violencia doméstica, diseñar estrategias de intervención y entregar herramientas básicas de protección. A través de la reconstrucción de la historia de la relación de violencia se evalúan una serie de elementos como son, las características de la violencia (episodio, relación, inicio, tiempo, tipo, intensidad, frecuencia, etapa del ciclo, etc.), conciencia del problema (gravedad, participación, posición), características de la usuaria (antecedentes, salud mental, recursos personales, situación social, redes de apoyo), y acciones o soluciones intentadas.

La intervención se diseña junto a la propia mujer, considerándose central la atención terapéutica, dados los daños que la situación de violencia produce y la búsqueda del desarrollo de recursos de la propia persona para el cambio. La atención terapéutica tiene por finalidad otorgar espacios de apoyo e intervención específica, tanto a nivel individual como grupal, se privilegia la modalidad grupal.

A nivel individual se realiza intervención terapéutica focal de 5 a 16 sesiones. A nivel grupal se realiza contención guiada de 10 a 12 sesiones y grupos de nivel II, de 12 sesiones. Cada cual una vez por semana, de 2 a 3 horas por sesión, se trabaja con diferentes aspectos que habitualmente surgen en las mujeres que viven una relación de violencia como son: la baja autoestima, el daño en sus relaciones interpersonales, la vida emocional alterada, la falta de autonomía, la percepción de su rol como mujer, etc.

Las derivaciones al apoyo específico individual se deben generalmente a: presentar situaciones de violencia grave, cuadros depresivos, rasgos de personalidad "anormales", contraindicaciones para el trabajo grupal (Ej. Fobia social), y que ejercen violencia hacia sus hijos. En este se tratan temáticas como: motivo de consulta y motivaciones propias para el cambio, reconstrucción de su historia de violencia, proceso de desvictimización, empoderamiento, etc.

El trabajo en grupos se ha realizado en este centro desde marzo de 1991, y hasta la realización de esta sistematización (1997) se han implementado diversas metodologías, debido a los constantes replanteamientos y evaluaciones. Desde sus inicios fueron realizados debido a la alta demanda de atención y a los positivos resultados encontrados.

En un comienzo la modalidad fue de *Grupos de Autoayuda*, basados en un manual canadiense adaptado, ya descrito a partir del seminario de 1991, de modalidad cerrada, de 12 sesiones, 2 horas cada una, una vez por semana. En cada sesión se trabaja una temática específica. Al ser evaluado se considero muy estructurado para una etapa inicial de trabajo terapéutico, donde la mayor necesidad de las mujeres es ser "escuchada", y que la modalidad de grupo cerrado no era óptima dada la continua demanda existente.

A partir de lo anterior se comenzó a trabajar en base a una experiencia Argentina de trabajo grupal en dos niveles, primero una etapa de *Grupo de Contención* y una segunda etapa de *Grupo de Terapia*, los cuales se detallan a continuación. Estos también fueron variando en el tiempo a partir de sus evaluaciones, aunque más bien solo en términos del replanteamiento de algunos aspectos y no en sus características generales.

Atención Terapéutica Grupal con Mujeres

Todas las modalidades de intervención grupal del centro presentan las siguientes características.

Objetivos:

- Intervenir en la relación de violencia.
- Que el grupo se constituya en la principal herramienta terapéutica.
- Potenciar y desarrollar habilidades y recursos personales, para la intervención en la relación de abuso.

El primer objetivo se puede operacionalizar en: Eliminar o distanciar las crisis; bajar la intensidad de éstas; eliminar o disminuir las manifestaciones conductuales de la relación de abuso; y redefinir la relación de pareja.

El último objetivo se puede operacionalizar en: Aumento de la autovaloración; disminución del aislamiento emocional y social; mejorar el reconocimiento y expresión de emociones y sentimientos; mejorar habilidades relacionales; desarrollar la autonomía y la responsabilidad; y revisar los roles de género que validan la violencia.

Niveles de trabajo grupal:

- Corporal: dado que se produce una desconexión con la experiencia corporal en

general, tanto del dolor como del placer, para recuperarse hay que recobrar la corporalidad, en toda su experiencia, para lograr habitarlo para y desde sí misma. Está presente en todas las sesiones desde donde se trabajan todos los temas del grupo.

- Emocional: dada la necesidad de reconocer y manejar nuestras emociones, también esta presente en todas las sesiones, pasando por la toma de conciencia de la experiencia corporal de las emociones, la entrega de información y el reaprendizaje de expresiones emocionales.
- Cognitivo: resulta necesario para generar cambio el trabajar con las ideas, creencias y valores en relación a las diferentes temáticas.
- Relacional: el grupo es una experiencia alternativa a la relación de abuso de forma permanente, a través de las experiencias emocionales y de diálogo se pueden reaprender nuevas formas de interacción.

Metodología:

Se promueve un clima grupal de aceptación, respeto, confidencialidad, y libre de juicios.

Se desarrolla la dinámica en un proceso paulatino y gradual de profundidad creciente.

Cada sesión posee objetivos propios y actividades acordes, pero también acordes a las personas participantes.

Se pueden definir 3 etapas principales: Comienzo, desarrollo y cierre.

El número de participantes adecuado es entre 8 y 15 mujeres, y estas han de definir su problema como violencia doméstica.

Se establecen normas de: asistencia, participación voluntaria, no agresión y confidencialidad.

Sesión tipo:

- Descongelamiento: trabajo corporal; ludoterapia
- Dinámicas de contenido: trabajo con los relatos de las mujeres; imagerías; reflexiones guiadas; trabajo corporal; cuestionarios; dibujos; lluvia de ideas; tarjetas; dinámicas de parejas; dinámicas de subgrupos; entrega de información.
- Dinámicas de cierre: trabajo corporal; trabajo energético; ritos.

A.- Grupo de Contención

Objetivos:

- Contención de mujer.
- Procesar emocionalmente la experiencia vivida.
- Entregar información y experiencias básicas para protegerse.
- Generar y potenciar redes de apoyo.

Metodología:

Modalidad abierta, tanto en número de sesiones como en participantes, con ingreso y permanencia según el parecer de las propias mujeres y en funcionamiento todo el año.

Algunas consideraciones a partir de la experiencia:

Los grupos de contención fueron priorizados debido a la gran demanda del programa, realizándose 2 o 3 de forma simultánea, presentó virtudes en relación a ser una real alternativa de atención y lograr absorber la demanda, sin embargo por ser abierto y no estructurado no permitía la profundización de ciertos contenidos en relación a la situación de violencia y su intervención. Asimismo se dificultaba la evaluación de los procesos de las participantes, el manejo de límites de la relación terapéutica e institucional (permaneciendo las participantes indefinidamente) en contra de la autonomía de la participante. Por lo anterior se buscó generar un espacio que fuera contenedor y a la vez que permitiera desarrollar un proceso para cada mujer, creándose los Grupos de Contención "Guiada".

A 1.-Grupos de Contención "Guiada"

Se comienzan a realizar desde 1994, con el fin de que las facilitadoras otorguen mayor dirección a la dinámica grupal y ser una guía de los procesos personales de cada mujer.

Por motivaciones que se explicitan más adelante este grupo recibe mujeres de larga data de relación de abuso, mujeres entre 35 y 50 años en promedio.

Metodología:

Modalidad abierta en integración pero con un promedio de 10 a 12 sesiones por participante, obteniéndose un proceso de evaluación con cada una.

Procedimientos:

Presenta una estructura ordenada por temas y las sesiones se implementan de forma que cada una sea un proceso en sí misma, facilitando la integración de nuevas participantes en

cualquiera de estas.

Estructura tipo:

Temas de Dinámicas de Contenido

Sesión 1: Historia de Violencia

Sesión 2: Mitos en relación a la violencia Doméstica

Sesión 3: Manifestaciones de Violencia

Sesión 4: Ciclos y Escalada

Sesión 5: Roles Genéricos

Sesión 6: Mis Emociones y Sentimientos

Sesión 7: Autoestima

Sesión 8: Límites y Conducta Asertiva

Sesión 9: Dependencia- Autonomía

Sesión 10: Responsabilidad en la relación de abuso

Sesión 11: Evaluando mi vida

Para una sistematización de una experiencia de este trabajo grupal sesión por sesión con su análisis cualitativo revisar el libro Una Reconstrucción Posible, Modelo de Intervención centro de atención y prevención en violencia intrafamiliar Municipalidad de Santiago (1997), páginas 210 a 250.

Algunas consideraciones a partir de la experiencia:

Surgió la necesidad de diversificar los espacios de intervención, dado que se fue presentando un grupo caracterizado por ser mujeres de pocos años de casadas y con relaciones de violencia de corta data, que aunque presentan mejor pronóstico, no era posible lograr un trabajo en conjunto con otras mujeres que presentaban experiencias más extremas, por lo que terminaban desertando. Debido a lo anterior se implementaron desde 1995, los **A 2.- Grupos de Contención Guiada Preventivos**, en ellos se reúne a mujeres de entre 1 y 5 años de relación de violencia, de entre 20 y 35 años de edad promedio, con lo cual se obtuvieron resultados satisfactorios.

B.- Grupos de Nivel II

Se ha implementado con el fin de dar continuidad a los Grupo de Contención Guiada, o como completación de proceso de la Atención Terapéutica Individual. Se han mantenido y perfeccionado dada la necesidad de profundización en los procesos de tratamiento y la posibilidad de la experiencia grupal por sí misma.

Metodología:

Modalidad cerrada en número de participantes, logrando mayor intimidad y confianza, 12 sesiones, de 2 horas de duración cada una, una vez por semana.

Procedimientos:

Ha sido diseñado en módulos temáticos de tres sesiones cada uno, completando el proceso de 12 sesiones. A lo largo de las sesiones se facilita el trabajo y la profundización de 4 temas centrales:

A.- Identidad Femenina

- Relaciones con la madre. Historia de la madre. Modelos. Lealtades.
- Experiencia de ser mujer, desde la niñez.
- Ser mujer. Imagen actual de sí mismas.
- Que queremos ser como mujeres. Futuro.

B.- Sexualidad

- La sexualidad, aspecto integral de nuestra persona. Mitos.
- Historia sexual.
- Dificultades en la sexualidad.
- Mis derechos sexuales. Sexualidad sana.

C.- Relaciones de Pareja

- "...y vivieron felices para siempre". Amor romántico.
- Concepciones de pareja. Expectativas. Mitos (La Bella y La Bestia, La Bella Durmiente, El Príncipe Azul, Peter Pan y Campanita, etc.)
- Etapas de la relación de pareja. Crisis vitales.
- Relaciones Complementarias. Simetrías rígidas. Revaloración de lo masculino. Reenamorarse. Trabajo con lo masculino de cada mujer.

D.- Proyecto de Vida

- Vivencia del espacio privado v/s el espacio público. Mitos, miedos, negaciones.

- Los querereres, Los no puedo. ¿No quiero?
- Trabajo de la asertividad.
- Múltiples posibilidades de ser. Identidad.

Para una sistematización de una experiencia de este trabajo grupal sesión por sesión con su análisis cualitativo revisar el libro Una Reconstrucción Posible, Modelo de Intervención centro de atención y prevención en violencia intrafamiliar Municipalidad de Santiago (1997), páginas 251 a 277.

4.- Violencia doméstica y ámbito local: La propuesta de intervención DOMOS, realizado por el Centro de Desarrollo de la Mujer, DOMOS (Enero 2002)

En DOMOS, desde sus inicios en 1984 el eje de trabajo fue “la educación para la prevención”, las acciones en educación preventiva se caracterizaron por una metodología experiencial, lúdica e interactiva, a través de talleres, módulos y charlas.

Este centro en su primera década de funcionamiento realizó trabajo educativo-preventivo y atención psicológica individual con mujeres de diversos territorios de la región metropolitana. Desde 1995, se instaló en la comuna de La Florida, cambiando su campo de acción al contexto comunal.

A través del desarrollo de su trabajo se descubrió que gran cantidad de mujeres vivía violencia en sus relaciones de pareja, debido a ello surgió la necesidad de desarrollar un modelo de atención para estas mujeres, desarrollando una metodología específica para ello. Esta última incluía interconsulta psiquiátrica, para lo cual se insertó activamente en la Red Chilena Contra la Violencia Doméstica y Sexual. Además se implementó atención de primer apoyo y grupos de Autoapoyo.

A la vez se inician procesos de capacitación a agentes intermedios en la atención de víctimas de violencia doméstica.

Con el tiempo se fueron privilegiando cada vez más las estrategias de trabajo grupal, y se fue realizando un tránsito desde un enfoque puramente psicológico a uno más social.

Al momento de esta publicación la intervención propuesta por Domos se basaba en la concepción de la violencia como producción cultural, y se postula el trabajo desde una perspectiva integral: Psicológica, social y jurídica.

El trabajo consideraba tres ejes transversales, la perspectiva de género, el enfoque psicojurídico y la educación preventiva. Comprendiendo 4 líneas de acción: Atención Directa, Educación Preventiva, Difusión y Redes, y Generación de Conocimientos.

La Atención Directa, incluye diversas estrategias que apuntan a que la mujer afectada logre a través del desarrollo de sus recursos personales detener la violencia y salir de la relación de abuso, trabajando el fortalecimiento de su identidad personal y de género, y generando conciencia de sus derechos a vivir una vida libre de violencia.

Esta línea se compone de: Atención de Primer Apoyo y Evaluación de Riesgo, Atención Psicológica, Atención Legal, y Refugio de Tránsito.

Bajo la consideración de que la situación de violencia genera un severo deterioro de la salud mental de las mujeres, estas requieren apoyo psicoterapéutico y se considera que esta atención debe ser especializada, con una comprensión teórico-práctica de la violencia, siendo la violencia ubicada por la terapeuta en el centro del proceso terapéutico y pudiendo captar todas las sutilezas de su expresión.

La Atención psicológica que acá se implementó integró elementos provenientes de diferentes corrientes teóricas como técnicas gestálticas, enfoque humanista, técnicas conductuales, y técnicas del enfoque de terapia familiar.

Se interviene en diversas modalidades como son la Psicoterapia individual, la Psicoterapia Grupal y el Grupo de Transición.

La Psicoterapia individual es de modalidad breve, con una duración de 8 a 10 sesiones, focalizada en el problema de la violencia doméstica y/o conflictos asociados, una vez por semana, con 1 hora por sesión.

A.- Grupo de Transición

Espacio de transición entre el primer apoyo y el inicio del proceso terapéutico, mujeres que están en espera de atención individual o grupal específica.

Objetivos:

- Creación de un clima de aceptación empática e incondicionalidad que permitan fortalecer el vínculo de las mujeres con la institución y entre ellas.

- Crear un espacio de contención para las mujeres que viven violencia doméstica y/o presentan trastornos emocionales relacionados con su condición de género.
- Brindar un espacio de acogida que les permita reflexionar sobre el ser mujer desde una perspectiva de género y sobre temas de su propio interés (autoestima, comunicación en la pareja, toma de decisiones, sexualidad, infancia, etc.).
- Favorecer el reconocimiento de recursos personales y sociales.
- Entregar información acerca de sus derechos y beneficios sociales.

Metodología:

De modalidad abierta de funcionamiento permanente, duración de 3 horas por sesión, una vez por semana.

Esta organizado en 8 sesiones y es realizado por las psicólogas o las orientadoras de primer apoyo.

Algunas consideraciones a partir de la experiencia:

Este grupo surge con un objetivo estratégico, dar una alternativa rápida de acogida a las mujeres y prevenir la deserción, reduciendo el tiempo de espera de las mujeres entre el primer apoyo y la terapia.

B.- Psicoterapia Grupal

Esta funciona como una alternativa colectiva a la cual se integran las mujeres una vez que han sido atendidas en primer apoyo o en psicoterapia individual

Objetivos:

- Ofrecer un espacio de contención emocional entre pares.
- Fortalecer procesos personales en un espacio colectivo que permita la experiencia de aceptación grupal y validación como persona.
- Estimular la reflexión sobre las posibilidades de aprender en la interacción con otras nuevos estilos de relación y comunicación y formas no violentas de resolución de conflictos.

Metodología:

Es de modalidad cerrada, aunque pueden ingresar mujeres hasta la segunda sesión. Duración de 3 horas por sesión, a lo largo de 10 a 12 sesiones, con un número de participantes de entre 7 y 12 mujeres.

Se desarrollan ciertos temas como son:

- El género y su vinculación con la violencia doméstica como fenómeno cultural.
- Los roles sociales rígidos.
- La estructura familiar jerárquica y autoritaria.
- Los estilos relacionales de pareja y las dificultades en la crianza y educación de los hijos/as.
- El operar de la violencia en las relaciones familiares (dinámicas, manifestaciones y mitos).
- La historia de vida, vinculando el presente al pasado desde una perspectiva transgeneracional

Cuenta con un sistema de registro sesión a sesión para la terapeuta, y una pauta de evaluación individual del proceso vivido por cada participante en el grupo, aplicada la última sesión. Transcurridos 2 meses de finalizada la psicoterapia se realizan sesiones de seguimiento.

Algunas consideraciones a partir de la experiencia:

Esta forma de trabajo tiene la cualidad de constituirse como un espacio de contención de las vivencias cotidianas de las mujeres, generándose vínculos y redes sociales de colaboración. Se estimula el reconocimiento y valoración de los propios recursos que posibilitan pasar del apoyo externo al Autoapoyo, generándose colaboración con sus pares y autocuidado en situaciones personales y familiares conflictivas.

Además fomenta que las mujeres se centren más en sí mismas, en sus necesidades, sentimientos y deseos. Permite ampliar la visión de mundo, tener una visión mejorada de sí misma y fortalecer la confianza básica y la seguridad personal.

5.- Seminario-Taller “Atención directa en violencia doméstica”, Concepción (Julio 2002)

El Seminario-Taller fue organizado por el Instituto de la Mujer de Concepción, tenía por objetivo difundir experiencias de atención directa en violencia doméstica, compartir metodologías, supuestos teóricos, aciertos y obstáculos entre los diferentes programas. Se

insertó en el marco del cierre de la línea de atención directa del programa de violencia Doméstica y sexual de dicho instituto.

En lo que respecta al trabajo grupal algunas instituciones de la región expusieron brevemente su metodología de trabajo, las cuales se exponen a continuación.

5.1 Instituto de la Mujer de Concepción, Línea de Atención del Programa de Violencia Doméstica y Sexual

El instituto funciona desde 1992, cuando se instala con 2 áreas centrales de trabajo, que son la Participación Social y Política de las Mujeres, y la Violencia Doméstica y Sexual.

En relación a la violencia, en primera instancia los esfuerzos se centraron en la visibilización del problema y presionar para el cambio legislativo. Posteriormente surgió la necesidad de dar acogida a las demandas de soluciones a la situación de violencia, instalándose además la atención directa interdisciplinaria (psicológica, legal y social) a mujeres que viven violencia en su relación de pareja, tanto en forma individual como a través de grupos de autoayuda.

En el abordaje se incluyó la Perspectiva de Género, tanto en el análisis como en la intervención, y el Modelo ecológico de Bronfenbrenner, desde la adaptación realizada por Corsi.

El objetivo central de la atención era provocar cambios en la vida cotidiana de las mujeres, a partir del proceso de toma de conciencia de los diferentes factores involucrados en la relación de violencia, y con ello lograr empoderarse, es decir, ser protagonistas de sus propias vidas y de sus procesos de transformación.

Se privilegia la atención a las mujeres por ser estas las afectadas directas y debido a que solicitaban apoyo en la "clandestinidad". Posteriormente comenzaron a requerir atención para la pareja, hombres que ejercen violencia, para lo cual se implementó un sistema de derivación.

La intervención se comienza con la entrevista de acogida, en la cual se contiene emocionalmente, se recaban informaciones básicas, se le entrega información y se establece con ella las futuras estrategias de intervención.

Se deriva dentro del mismo centro a atención social, legal o psicológica, a grupos de autoayuda y/o derivación externa.

Grupos de Autoayuda

Fueron uno de los aspectos centrales de la atención. Desde el comienzo se establecieron dos niveles de intervención en los grupos que fueron variando en forma a través del tiempo.

Estos grupos dentro de cada sesión se estructuraron en 3 momentos:

- 1.-Ronda de comentarios de la semana, lo que se implementó dada la necesidad de las mujeres de hablar de aquellos sucesos.
- 2.-Trabajo corporal, en Grupo de Primer Nivel, pequeños ejercicios para movilizar el clima de la sesión, principalmente estiramiento muscular y relajación; en el Grupo de Segundo Nivel, cada sesión, ejercicios que paulatinamente fueran generando un acercamiento y comunicación física entre las mujeres, fomentando la confianza, la autoconciencia y el cuidado corporal.
- 3.- Tema de la Sesión, que se desarrolla reconstruyendo la historia y las experiencias de cada mujer.

Se usaba metodología participativa, con procedimientos o técnicas como el apoyo audiovisual, imaginación, discusiones grupales, ejercicios corporales y de relajación. Guiado por 2 facilitadoras, pertenecientes al equipo.

A.- Grupo de Primer Nivel

Objetivos:

- Contención y entrega de información básica.
- Elevar la autoestima.
- Romper el aislamiento social.
- Conocer herramientas legales y sociales que les permitan iniciar acciones tendientes a resolver el problema.
- Reconocer y expresar sentimientos en relación a su situación de violencia.
- Comenzar a asumir la responsabilidad frente a la situación vital.

Metodología:

De modalidad cerrada, estructurado en 8 sesiones, una vez por semana, duración de 2 horas por sesión y entre 8 y 15 participantes aproximadamente.

Se desarrollaron con mujeres invitadas desde las atenciones individuales.

Los temas que se abordaron fueron:

- Tipos y manifestaciones de la violencia doméstica.
- Ciclo y escalada de la violencia.
- Emociones y sentimientos.
- Mitos asociados a la violencia doméstica.
- Recursos sociales de apoyo.
- Autonomía.
- Ley de violencia intrafamiliar.

B.- Grupo de Segundo Nivel

Objetivos:

- Potenciar los procesos iniciados en el grupo de primer nivel, trabajando los mismos objetivos en mayor profundidad.

Estos objetivos se trabajan bajo la comprensión de la violencia doméstica como una problemática social, e incluyendo más específicamente el trabajo corporal

Metodología:

De modalidad cerrada, estructurado en 8 sesiones, duración de 2 horas cada sesión, una vez por semana.

Se formaba con aquellas mujeres que habían completado el primer nivel.

Se desarrollaron los temas de:

- Causas de la violencia doméstica.
- Asertividad.
- Socialización de roles.
- Autoestima.
- Trabajo corporal.
- Sexualidad.

5.2 PRAIS, Hospital Regional de Concepción

El PRAIS, Programa de Reparación y Atención Integral en Salud, nace en 1991 en Concepción, dependiente del Ministerio de Salud, fue creado para la atención de las víctimas de violación a los derechos humanos en Chile, de 1973 a 1990.

Entre 1993-1994 el Ministerio, dados los recursos del programa y la baja demanda, decide que se tome el tema de la violencia intrafamiliar, concibiéndose como una institución de atención secundaria, desde este momento llegaron muchos casos de VIF, siendo el 60% de la atención. Esto generó conflictos con el objetivo del programa, por ello en la actualidad se buscó recuperar el porcentaje de atención de población PRAIS, lo cual es un 80% de la atención.

Existen 3 Psicólogos, en atención individual, pareja o familiar, cada uno atendiendo 2 casos de VIF, en relación a 20 de PRAIS. Además se cuenta con secretaria, técnico paramédico, enfermera con especialización en salud mental, asistente social, médico general, médico de familia, y médico psiquiatra.

Este programa exige que la consultante haya accedido a atenciones por lo menos en la atención primaria o en alguna institución con antelación.

La primera consulta la recibe la secretaria o la técnico paramédico, luego la Entrevista de Ingreso, la realiza la enfermera, quien realiza la primera acogida y se establece si con los recursos existentes se puede o no atender a la familia, mujer, pareja, etc.

En relación a las Intervenciones Grupales existe un Taller para Hombres Agresores y un Taller para Mujeres.

Este último es realizado por la asistente social y la médico de familia, consta de 6 sesiones en los que se van trabajando diversos temas, como son: Autoestima, sexualidad, ciclo de la violencia, conducta asertiva, etc., al cabo de ellos se da de alta a la mujer del taller. En la primera sesión se pide como norma que cese la violencia física para poder seguir en el taller, y los participantes remiten que esto es así.

5.3 Centro Regional de Atención y Prevención en Violencia Intrafamiliar.

En Abril del 2001, a través de un convenio entre el SERNAM y la I. Municipalidad de San Pedro de la Paz, se implementó para la atención a nivel regional, el Centro de Atención y Prevención en Violencia Intrafamiliar.

Este centro tiene como modelo de intervención un marco teórico centrado en el Modelo Ecológico y la Perspectiva de Género.

Objetivo General:

- Desarrollar un modelo de intervención integral, por medio de la implementación de acciones de atención especializada y prevención en violencia intrafamiliar.

En el área de Atención se desarrolla la atención integral y especializada a mujeres, hombres y niños/as y/o familias que viven violencia.

La línea de mujeres, está dirigida a mujeres que viven violencia en la relación de pareja, y se realiza atención de primera acogida terapéutica, legal y social (individual y grupal).

Objetivos de intervención en la atención a mujeres:

- Proporcionar a la mujer un espacio de contención y estructura.
- Favorecer la toma de conciencia de la situación de violencia y de la forma en la cual la mujer toma parte en lo que ocurre.
- Eliminar y disminuir las manifestaciones de abuso.
- Interrumpir los ciclos de violencia y la intensidad de estos, fortalecer el desarrollo de habilidades psicosociales que permitan la resolución de las situaciones de abuso.
- Entregar herramientas jurídicas de seguridad para su integridad física y psicológica.
- Apoyar y fortalecer el manejo del sistema social de recursos para la superación del aislamiento y la relación de abuso que vive.

Dentro de las estrategias de intervención se encuentran las siguientes intervenciones grupales:

Taller de Primer Apoyo: Herramienta psicoeducativa interdisciplinaria, donde se espera entre otros aspectos, que las participantes, potencien sus recursos personales e institucionales e inicien un proceso de toma de conciencia y de decisiones para resolver su situación de violencia. Se realiza en 9 sesiones en donde se tratan los temas de: violencia intrafamiliar, mitos, género y VIF, redes institucionales, relajación, ley de VIF, derechos de familia, relaciones de pareja, estilos de crianza.

Terapia Grupal: Pretende a través de la vivencia colectiva, intervenir en la relación de abuso, propiciando la eliminación de esta forma de interacción de la pareja y/o familia, se plantean objetivos semejantes a los de la atención individual, pero aprovechando el espacio de contención grupal.

No se explicita mayormente la metodología de intervención grupal.

6.4 Anexo N°4: Fichas técnicas realizadas a partir de las entrevistas