



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

DISEÑO DE UN PROTOCOLO ESPECÍFICO DE TRATAMIENTO PARA LA VIOLENCIA FAMILIAR

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
PRESENTA:
GOMEZ BALCAZAR ELEAZAR

DIRECTOR: LIC. PEDRO VARGAS AVALOS

México, D.F.

2006





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

INTRODUCCIÓN	5
FUNDAMENTACIÓN	8
I. ENFOQUE SOCIAL Y VIOLENCIA FAMILIAR	9
1.1 DEFINICIÓN DE VIOLENCIA.....	9
1.2 DEFINICIÓN DE FAMILIA.....	10
1.3 VIOLENCIA DE GÉNERO	11
1.3.1 <i>La familia</i>	12
1.3.2 <i>La escuela</i>	12
1.3.3 <i>La iglesia</i>	13
1.3.4 <i>Los medios masivos de comunicación</i>	13
1.4 DEFINICIÓN DE VIOLENCIA FAMILIAR.....	14
1.4.1 <i>Violencia conyugal</i>	16
1.5 TIPOS DE VIOLENCIA	21
1.5.1 <i>Violencia verbal</i>	21
1.5.2 <i>Violencia emocional</i>	21
1.5.3 <i>Violencia económica</i>	22
1.5.4 <i>Violencia física</i>	22
1.5.5 <i>Violencia sexual</i>	23
1.6 DESCRIPCIÓN DE LA VIOLENCIA	25
1.7 CARACTERÍSTICAS DE LOS PROTAGONISTAS SOCIALES	27
1.7.1 <i>Persona abusadora</i>	27
1.7.2 <i>Características de la víctima</i>	42
1.8 CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA	46
1.9 INVESTIGACIONES.....	51
1.9.1 <i>Estudios de tipo descriptivo</i>	53
1.9.2 <i>Estudios de impacto de la violencia</i>	55
1.9.3 <i>Estudios de impacto de las políticas públicas en la situación de la mujer maltratada</i>	56
1.9.4 <i>Estudio Comparativo</i>	57
1.10 TRATAMIENTOS	60

1.10.1	Un Modelo de Intervención Grupal con Hombres que ejercen la Violencia en el Contexto Doméstico	60
1.10.2	Modelo de Atención Psicológica para las Unidades de Atención y Prevención de la Violencia Familiar	73
II.	ENFOQUE PSICOLÓGICO Y VIOLENCIA FAMILIAR	81
2.1	DEFINICIÓN DE VIOLENCIA FAMILIAR.....	81
2.2	TIPOS DE VIOLENCIA	81
2.3	DESCRIPCIÓN DE LA VIOLENCIA	82
2.4	CARACTERÍSTICAS DE LOS PROTAGONISTAS	87
2.4.1	<i>Características psicológicas del agresor</i>	87
2.4.2	<i>Características de la mujer-víctima</i>	91
2.5	CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA	92
2.5.1	<i>Consecuencias para la salud mental de la víctima</i>	95
2.6	INVESTIGACIONES.....	99
2.7	PROPUESTAS DE TRATAMIENTO	101
2.7.1	<i>Tratamiento para hombres</i>	105
2.7.2	<i>Diferencias con una terapia de parejas en conflicto</i>	109
2.7.3	<i>Terapia para mujeres</i>	110
III.	ENFOQUE INTERACCIONAL Y VIOLENCIA FAMILIAR	122
3.1	DESCRIPCIÓN DE LA VIOLENCIA	122
3.2	INTERACCIÓN VIOLENTA.....	123
3.2.1	<i>Violencia Agresión</i>	124
3.2.2	<i>Violencia Castigo</i>	125
3.3	ORGANIZACIÓN RELACIONAL DE LA VIOLENCIA.....	127
3.3.1	<i>Aspecto espacial</i>	128
3.3.2	<i>Aspecto temporal</i>	128
3.3.3	<i>Aspecto temático</i>	128
3.3.4	<i>Los disparadores de la violencia</i>	129
3.3.5	<i>El acto violento</i>	131
3.3.6	<i>Teoría del relais</i>	136
3.4	PROPUESTAS DE TRATAMIENTO	140
3.4.1	<i>Terapia de la violencia</i>	140
3.4.2	<i>Terapia para la violencia intrafamiliar</i>	143

3.4.3	<i>Terapia familiar para la violencia</i>	153
3.4.4	<i>Movimiento feminista</i>	154
	RESUMEN FINAL	155
	MARCO TEÓRICO	158
	I. TERAPIA FAMILIAR Y VIOLENCIA FAMILIAR	159
1.1	ANTECEDENTES: historia del proceso construcción de protocolos de Nardone: Fobias y trastornos alimenticios.	162
1.2	FUNDAMENTOS DE LA PROPUESTA DE NARDONE: Lógica y Modelos de persuasión.....	167
1.2.1	<i>Lógica</i>	168
1.2.2	<i>Modelos de persuasión</i>	171
1.3	INVESTIGACIÓN-ACCIÓN	176
1.3.1	<i>Metodología para generar protocolos de tratamiento</i>	181
	RESULTADOS	192
	CONCLUSIÓN	211
	CONSIDERACIONES FINALES	213
	BIBLIOGRAFÍA	215
	ANEXO 1.....	232

INTRODUCCIÓN

Actualmente, debido al creciente índice de violencia registrado en México ha cobrado importancia el problema de la Violencia Familiar en todas sus formas, física, psicológica y sexual; sobre su formación, sus características y sus consecuencias. Buscando sus orígenes desde lo biológico hasta lo social. Todo esto nos hace ver la complejidad del problema, por los múltiples factores que involucra. Es así, como muchos autores han centrado su atención en este problema, tratando de encontrar la clave para su resolución. En este trabajo, también nos aventuramos a buscar la clave de este problema, intentando diseñar un Protocolo Específico de Tratamiento para la Violencia Familiar, desde la metodología utilizada por Nardone (1997) en su investigación-acción, que consiste en conocer un problema a través de su solución, produciendo cambios y observando sus efectos.

La importancia del presente trabajo radica en que la Violencia Familiar es un grave problema social que necesita del desarrollo de tratamientos eficientes y eficaces que no sólo expliquen sus orígenes y sus características, sino que ayuden a resolverlo. En este trabajo se presenta una aproximación al Protocolo Específico de Tratamiento para los casos de violencia conyugal, es un estudio exploratorio de la metodología investigación-acción para la construcción de Protocolos Específicos de Tratamiento.

El abordaje sobre el tema de la violencia familiar se hizo siguiendo la estructura del método en tres fases para la construcción de protocolos, propuesto por Nardone (1997), que son: estudiar las características del problema; destacar las soluciones intentadas y cambiar las soluciones intentadas. La primera fase de construcción del protocolo, consiste en conocer las características del problema o de una clase de problemas, para lo cual, se hizo una revisión bibliográfica sobre lo que se conoce del tema a partir de tres enfoques, el social, el psicológico y el interaccional. La segunda fase, consistió en destacar las soluciones intentadas, lo que la gente ha hecho para intentar resolver su problema, esto se obtuvo en las sesiones en el contexto terapéutico. En la tercera fase, lo que se hizo fue cambiar las soluciones intentadas por intervenciones específicas capaces de resolver el problema.

Este trabajo está dividido en dos apartados, el primero, denominado Fundamentación, tiene por objetivo ver lo que se conoce sobre la Violencia Familiar a través de una revisión de la literatura. La Fundamentación esta subdividida en tres partes, en primer lugar esta el enfoque social, posteriormente el enfoque psicológico y por último el enfoque interaccional.

Buscando con esto dar definiciones sobre algunos conceptos como el de violencia, familia, violencia de género, violencia familiar, violencia conyugal, y además definir las características de la violencia y de las personas involucradas, las consecuencias y algunas investigaciones y tratamientos propuestos por cada enfoque.

Con esta revisión, fue posible observar que en los dos primeros enfoques, la argumentación es muy similar, y se complementan uno con otro. El enfoque Interaccional, difiere en argumentación sobre la violencia familiar. Este enfoque es el que sirve de base para el diseño del protocolo específico de tratamiento, siguiendo el esquema del Mental Research Institute (M. R. I.).

Hasta aquí llega la revisión bibliográfica sobre la violencia familiar, esta etapa sirvió para explorar y poder delimitar el tema, ya que la violencia familiar es un tema demasiado amplio, que consiste en la agresión de cualquier miembro de la familia, ya sea nuclear o extensa, hacia cualquier otro miembro, como el maltrato infantil, el maltrato a las mujeres, a los ancianos y la violencia conyugal en sus diferentes formas. Por este motivo se delimitó el tema a solo violencia conyugal.

El segundo apartado se denomina Marco Teórico, que sirve de base para el diseño del protocolo. El Marco Teórico esta constituido por los antecedentes del enfoque del Mental Research Institute (M. R. I.), y por los antecedentes y la fundamentación de la propuesta de Nardone (1997), así como la forma en la que se lleva acabo la investigación-acción en la construcción de Protocolos Específicos de Tratamiento y también se fundamenta lo realizado durante las intervenciones.

La metodología de la investigación-acción es la misma que utiliza Kurt Lewin en la psicología social, y en la misma línea están Von Foerster y Von Glasersfeld, en la epistemología cibernético-constructivista.

Para la construcción del diseño del Protocolo, es necesario diferenciar los diferentes niveles que están en juego, y dependiendo el nivel que se tome en consideración dependerá la perspectiva que se asuma, el nivel teórico-epistemológico (perspectiva cognoscitivo-teórica), el nivel de la estrategia o modelo (perspectiva cognoscitivo-operativa), y el nivel de las tácticas y maniobras (perspectiva operativo-cognoscitiva).

Un elemento importante para la construcción de Protocolos Específicos de Tratamiento en la investigación-acción es la lógica, que sirve para conjugar la teoría (perspectiva cognoscitivo-operativa) con la práctica (perspectiva operativo-cognoscitiva), en particular de la lógica estratégica, congruente con la investigación-acción y con la epistemología

cibernético-constructivista, que permite construir modelos partiendo de las características específicas del problema y de los objetivos que se quieren alcanzar, y por otro lado, la lógica paraconsistente, que permite el empleo de intervenciones basadas en la contradicción, la paradoja y el autoengaño aprovechando la experiencia empírica como fundamento de una estructura predictiva en un permanente ciclo de retroacciones entre óptica operativa y óptica cognoscitiva (Nardone, 1997).

En el nivel de la estrategia o modelo (perspectiva cognoscitivo-operativa), se partió de un enfoque general, el del Mental Research Institute (M.R.I.), utilizando sus intervenciones y las de otros enfoques, en el nivel de las tácticas y maniobras (perspectiva operativo-cognoscitiva), observando los efectos que producían, y seleccionando las intervenciones que resultaban ser más efectivas.

En la parte final del trabajo, la de los Resultados, se expone cómo se llevó acabo la investigación, explicando las características de los casos presentados, así como los intentos de solución, y por último, las intervenciones utilizadas y las que resultaron ser efectivas para este particular tipo de problema. Posteriormente se tratan las conclusiones a las que se llegó al terminar el trabajo, presentando los objetivos alcanzados, las fases necesarias para concluir el protocolo, los límites del trabajo y algunas sugerencias.

FUNDAMENTACIÓN

En este apartado se tratará la violencia familiar a partir de tres enfoques, es decir, en tres niveles de análisis; el social, el psicológico y el interaccional. El enfoque social denota los hechos que se dan entre el individuo y las instituciones; el enfoque psicológico indica los fenómenos intrapsíquicos; y el enfoque interaccional refiere a todo lo que acontece entre personas. Cada enfoque, estudia el problema en determinado nivel dando conceptos que reflejan el nivel de análisis que ocupa, infiere sobre los factores causales guardando una estrecha relación con su nivel, ocupando cierta extensión del problema, aunque no solamente lo describe en términos de un solo nivel de análisis.

Para el enfoque social, la violencia familiar es multifactorial, la interacción de lo individual y lo social, influyendo las condiciones históricas, culturales, sociales y biopsicológicas. Transmittiéndose la violencia mediante las instituciones. Para el enfoque psicológico, la violencia familiar tiene que ver con conductas aprendidas y relacionadas con las experiencias vividas en la infancia y la adolescencia, centrándose en factores sociales y psicológicos. El enfoque interaccional explica la violencia familiar, no solo en la esfera de lo intrapsíquico sino en un contexto relacional, o familiar.

I. ENFOQUE SOCIAL Y VIOLENCIA FAMILIAR

Al hablar de violencia familiar, es necesario definir por un lado lo que se entiende por violencia y por otro lo que se entiende por familia, también es necesario definir la violencia de género, ya que abarca todas las formas de violencia. En este sentido Corsi (1995) define la violencia de la siguiente manera:

1.1 DEFINICIÓN DE VIOLENCIA

La raíz etimológica del término violencia hace referencia al concepto de fuerza, y se relaciona con verbos tales como violentar, violar, forzar. A partir de esto se puede decir que la violencia implica siempre el uso de la fuerza para producir un daño. El uso de la fuerza nos lleva al concepto de poder. En múltiples manifestaciones, la violencia siempre es una forma de ejercicio del poder mediante el empleo de la fuerza (ya sea física, psicológica, económica, política...) e implica la existencia de uno “arriba” y uno “abajo”, que adoptan habitualmente la forma de roles complementarios: padre-hijo, hombre-mujer, maestro-alumno, patrón-empleado, joven-viejo, etc.

La violencia se define como un acto intencional, dirigido a dominar, controlar, agredir o lastimar a otra persona. Casi siempre es ejercida por personas de mayor jerarquía. Es un acto

que puede ser único o repetido sistemáticamente, que inhibe el desarrollo y que puede ocasionar daños irreversibles. Este daño se produce al violar o invadir los espacios de la otra persona sin su permiso, para quitarle su poder y mantenerla desequilibrada, por que el objetivo de la violencia es vencer su resistencia u obtener su sumisión.

Por otro lado, también es necesario dar una definición de *victima*, con el objetivo de marcar una diferencia de las dos partes involucradas en esta problemática, una como la parte que ejerce violencia y la otra como la que la recibe.

Se entenderá por *víctima* a las 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 (Naciones Unidas), incluida la que proscribe el abuso de poder (Ferrera, 1996).

Esta definición fue dada por las Naciones Unidas en el 7º Congreso sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, llevada a cabo en Milán en 1985.

1.2 DEFINICIÓN DE FAMILIA

Este término es definido por el Modelo de Atención Psicológica para las Unidades de Atención y Prevención de la Violencia Familiar (2004) de la siguiente manera:

La familia es un grupo de personas unidas por un parentesco, quienes generalmente conviven en un mismo espacio denominado “hogar”. El parentesco puede ser:

Por *consanguinidad*, son las personas que descienden de un mismo progenitor.

Por *afinidad*, es la relación entre un cónyuge y los parientes consanguíneos.

Por *adopción* es una relación, entre adoptantes y adoptivos, creada exclusivamente por el Derecho.

En este orden de ideas se puede dividir a la familia en tres grupos:

La familia nuclear: puede ser conyugal y se integra por padre y madre, con o sin hijos solteros. Cabe señalar que en este tipo de familia, la pareja no necesariamente está casada, pueden ser concubinos, vivir en unión libre, amasiato o ser pareja de homosexuales.

La familia extendida: se conforma por la familia de origen materna y paterna de la pareja (suegros, cuñados, sobrinos, etc.).

La monoparental: está integrada por uno de los progenitores (padre o madre) e hijos solteros.

1.3 VIOLENCIA DE GÉNERO

La *violencia de género* que es definida como todo acto violento que incluye una relación asimétrica de poder, donde se discrimina a una persona por su sexo, se ejercen amenazas, coerción o privación de la libertad, que tenga como consecuencia un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer u hombre por el solo hecho de serlo.

Para definir esta forma de violencia podemos recurrir a la *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer* (Res. A.G. 48/104, ONU, 1994 cit. en Bosch y Ferrer, 2002), el primer instrumento internacional de Derechos Humanos que aborda de forma explícita la violencia de género y que fue aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas.

Según esta Declaración, la violencia de género es: todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vida privada. Así la violencia de género incluye la violencia física, sexual y psicológica en la familia, incluidos los golpes, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital y otras prácticas tradicionales que atentan contra la mujer, la violencia ejercida por personas distintas del marido y la violencia relacionada con la explotación; la violencia física, sexual y psicológica al nivel de la comunidad en general, incluidas las violaciones, los abusos sexuales, el hostigamiento y la intimidación sexual en el trabajo, en instituciones educativas y en otros ámbitos, el tráfico de mujeres y la prostitución forzada; y la violencia física, sexual o psicológica perpetrada por el Estado, donde quiera que ocurra.

Como podemos observar el concepto de violencia de género es muy amplio, un concepto que abarca todas las posibles formas de violencia cuyo denominador común es que son ejercidas contra las mujeres por el mero hecho de serlo. Precisamente por tratarse de un concepto que abarca tanto, se hace necesario encontrar alguna forma de ordenar y de clasificar esas formas de acción violenta.

Estas clasificación pretenden ser una primer aproximación a contextualizar el problema de la violencia ejercida contra las mujeres por su pareja o ex pareja, es decir, aquella violencia ejercida sobre las mujeres por alguien con quien en algún momento de su vida les unió un vínculo de afecto, un proyecto de vida (Bosch y Ferrer, 2002).

Esta violencia contra las mujeres es una característica de las sociedades donde se construyen identidades de género jerarquizadas y autoexcluyentes. La socialización que otorga características de forma diferenciada, asigna a la mujer el espacio de fragilidad y la sumisión, mientras que al hombre le otorga el de la agresividad y la violencia. De ésta manera, los hombres ejercen la violencia como un medio para garantizar su dominio o para resolver conflictos.

La socialización define pautas de comportamiento aceptables para hombres y mujeres. Así los niños aprenden desde pequeños que los varones dominan y que la violencia es un medio aceptable para afirmar el poder y resolver conflictos (Saucedo, 1997). La sociedad está organizada de tal forma que todas las personas que la componen, a través de todas las instituciones sociales, aprenden a relacionarse de determinadas maneras que aseguran la estabilidad del sistema. Las instituciones sociales son acuerdos tradicionales de normas y valores, relativamente estables, que proporcionan una estructura para la conducta en un área particular de la vida social. Estas normas y valores son aceptados y la gente los juzga importantes para su bienestar. En este sentido, las instituciones son quienes enseñan, promueven y refuerzan los roles de género. Entre las más importantes podemos mencionar la familia, la escuela, la iglesia y los medios masivos de comunicación.

1.3.1 La familia

La familia ha sido definida como el espacio en donde recae la responsabilidad de criar y cuidar a los hijos e hijas. Por lo general se trata de una institución jerárquica, ya que tiene una organización interna basada en la autoridad y el poder. La familia es la primera instancia encargada de transmitir valores y costumbres y es precisamente ahí donde mujeres y hombres aprenden los roles de género de acuerdo con su sexo.

En la familia se confronta la influencia exterior de las otras instituciones, con las formas concretas de relación que en ella se dan. Del padre y de la madre se aprende la dinámica de las diferentes relaciones, como la de pareja, la forma de tratar a los hijos e hijas, de ejercer el poder económico y la autoridad, las reglas y normas de hombre y mujeres, y el trato entre hermanos y hermanas.

1.3.2 La escuela

La educación se refiere a la transmisión de conocimientos y habilidades, siendo la escuela el espacio privilegiado para dicha transmisión. En la escuela, a través de métodos y materiales educativos, se transmiten formas específicas de ver el mundo que por lo general

coinciden con la visión que es dominante en una sociedad determinada. Y es en éste espacio donde se aprenden y refuerzan formas de interacción entre hombres y mujeres.

1.3.3 La iglesia

La iglesia cumple una función fundamental en el mantenimiento y reproducción de la socialización de género. A través de las religiones, la iglesia proporciona proyectos de conducta social basadas en un orden divino, sobrenatural o trascendental. Las religiones, como conjunto de creencias y prácticas institucionalizadas transmiten comportamientos rígidos y estáticos, con distinciones atribuidos a los hombres y a las mujeres. Se apoyan en la difusión de valores y roles que sancionan y premian ciertos comportamientos.

1.3.4 Los medios masivos de comunicación

Es evidente la influencia de los medios masivos de comunicación para la formación y el reforzamiento de patrones culturales. De esta manera, a través de los mensajes que transmiten contribuyen de manera muy importante a la preservación del sistema social, promoviendo y reafirmando las normas y valores sobre los cuales se sustenta. Los medios masivos de comunicación difunden y mantienen estereotipos sobre la forma como deben comportarse, pensar y sentir las mujeres y los hombres, y muestran las formas de premio o castigo asociadas a la obediencia o trasgresión de dichos estereotipos. De esta forma, los roles adultos instalan a los sujetos en el marco de una evolución reglamentada socialmente. El escenario social se organiza sobre la base del cumplimiento de ciertas reglas de juego en la que los participantes han de desenvolverse.

Por otro lado, se puede decir que el acto de violencia significa muchas cosas a la vez. Es un individuo ejerciendo poder en relaciones sexuales y, al mismo tiempo, es la violencia de una sociedad jerárquica, autoritaria, sexista, clasista, militarista, racista e impersonal proyectada a través de un hombre individual hacia una mujer individual. La violencia es una especie de expresión ritual de las relaciones de poder: dominante/dominado, poderoso/impotente, hombre/mujer. Sin embargo, muchas veces los hombre y mujeres no sólo ejercen violencia sobre otras mujeres y otros hombres, sino también sobre el medio ambiente, animales y sobre sí mismos.

La violencia de los hombres contra otros hombres es evidente en todos los niveles de la sociedad. Algunas formas como la pelea, la exhibición ritual de violencia entre adolescentes y algunos grupos de hombres adultos, la violencia institucionalizada en las cárceles y los ataques contra homosexuales o minorías raciales, son expresiones directas de violencia. La

humillación verbal, combinada con factores económicos y de otra índole, la competencia en el mundo del trabajo, de la política o el académico, son formas más sutiles de esta misma violencia. En el caso de la guerra, la violencia contra otros hombres y contra mujeres se combina con factores económicos, ideológicos y políticos. Este tipo de violencia demuestra que, tanto a nivel individual como de Estado, las relaciones entre hombres son relaciones de poder (Kaufman, 1998).

Por otra parte, la violencia contra sí mismo se refiere al continuo bloqueo y negación consciente e inconsciente de todas las emociones que los hombres asocian a ésta, como el temor, la tristeza, el dolor, etc. Es decir, se trata de la negación de sí mismo. La falta de vías de expresión y descarga emocional de los hombres significa que toda una gama de emociones se transforma en ira y hostilidad, parte de la cual se dirige contra sí mismo en forma de culpabilidad, odio hacia sí mismo y diversos síntomas fisiológicos y psicológicos; parte se dirige hacia otros hombres y parte hacia las mujeres.

1.4 DEFINICIÓN DE VIOLENCIA FAMILIAR

La *violencia familiar*, se define como un acto de abuso de poder centrado en el aprendizaje social de que ser hombre significa ser superior a las mujeres y que eso les da derecho a dominarlas y controlarlas. El término violencia implica la existencia de una jerarquía. Para que la conducta violenta sea posible, tiene que darse la existencia de un desequilibrio de poder que puede estar definido por el contexto o producido por maniobras interpersonales de control de la relación (Corsi, 1994).

De acuerdo con Corsi (1995,1998), la violencia dentro de la familia comprende aquellos actos u omisiones que son ejercidos y reiterados por parte de algún miembro de la familia hacia cualquier persona que comparta el mismo techo, se refiere a todas las formas de abuso que tienen lugar en las relaciones entre quienes sostienen o han sostenido un vínculo afectivo relativamente estable, ya sea la pareja, los hijos o las hijas, etc. con la finalidad de provocar daño en su integridad física, emocional, mental y/o sexual.

Es importante señalar que la violencia domestica no es monopolio de los hombres ya que también algunas mujeres maltratan a los varones, a las hijas e hijos, a otras mujeres o a otros miembros del grupo familiar, sin embargo, esta situación es mucho menos frecuente que la violencia masculina contra las mujeres.

El uso de términos como doméstico o familiar induce a pensar en un acto privado y personal, en algo que ocurre en la intimidad del hogar, cuando en realidad se trata de un delito,

de un problema social, que además, se ejerce tanto dentro como fuera de la casa. El mito de que todo lo que ocurre dentro de la familia es una cuestión privada y de que debe ser defendido de las miradas externas, ha mantenido el problema y proporcionado impunidad a aquellas personas que violentan el hogar, llegando muchas veces al homicidio. Éste mito ha sido mantenido por las diferentes instituciones, lo cual ha dificultado su revisión. Esto se ha ido reconociendo poco a poco como un problema social tanto por la magnitud de su incidencia como por la índole de los efectos que provoca. Se puede afirmar que la violencia tiene una direccionalidad: se ejerce desde los más fuertes hacia los más débiles.

En este sentido, al hablar de violencia doméstica o familiar se incluyen formas de violencia muy distintas (como son la violencia ejercida por el marido sobre su pareja, el abuso de las niñas por parte de sus familiares, la violencia relacionada con la dote o la mutilación genital, etc.), y también la violencia ejercida por los diferentes miembros de la familia unos sobre otros (padres/madres sobre hijos y viceversa, adultos sobre ancianos, etc.)(Bosch y Ferrer, 2002).

El empleo de la fuerza se constituye, así, en un método viable para resolver conflictos interpersonales, como un intento de doblegar la voluntad del otro, de anularlo en su calidad de otro. La violencia implica una búsqueda de eliminar los obstáculos que se oponen al propio ejercicio del poder, mediante el control de la relación obtenido a través del uso de la fuerza. En el ámbito de las relaciones interpersonales, la conducta violenta es sinónimo de *abuso de poder*, en tanto el poder sea utilizado para ocasionar daño a otra persona. Es por eso que el vínculo entre dos personas caracterizado por el ejercicio de la violencia de una de ellas hacia la otra se le conoce como *relación de abuso*. Y se denomina *relación de abuso* aquella forma de interacción que, enmarcada en un contexto de desequilibrio de poder, y que incluye conductas de una de las partes que, por acción o por omisión, ocasionan daño físico y/o psicológico al otro miembro de la relación (Corsi,1995).

Cabe destacar que *el abuso*, para Ferrera (1996), es un conducta que produce algún tipo de consecuencia dañina en otra persona, sea un daño de orden físico, psicológico, emocional, sexual o moral, que podemos diferenciar para su comprensión pero que en realidad, se da de manera simultánea. Es muy importante tener en cuenta estos aspectos, pues hay muchas formas de abuso incorporadas a la vida diaria de las personas en general y de muchos matrimonios en particular, lo cual dificulta el reconocimiento y el diagnóstico de estas características. Por lo tanto, no podemos hablar de violencia física sin mencionar que ésta se

genera, indudablemente, en el seno de una violencia más amplia de tipo psicológico o emocional. Dentro de la conducta violenta marital el abuso puede ocurrir diariamente o con cierta periodicidad, y puede manifestarse en cualquier lugar: en la casa, dentro del auto o en lugares públicos; aunque por lo común, el golpeador se cuida de no tener testigos.

Para poder delimitar el tema, debemos diferenciar a la *violencia familiar*, que incluye y afecta a todos los miembros en las diversas combinaciones de parentescos, de la *violencia conyugal* instalada en la relación íntima y estable entre un hombre y una mujer, estén o no legalmente casados.

1.4.1 Violencia conyugal

La violencia domestica incluye con frecuencia la *violencia conyugal*, la cual se refiere a distintas formas de abuso que un hombre ejerce sobre la mujer con la cual ha establecido una relación íntima, legalmente sancionada o no, compartiendo o no el mismo techo.

Para Ferrera (1996), la *violencia conyugal* tiene cuatro posibles manifestaciones: *la primera*, es cuando las esposas maltratan al marido; *la segunda* cuando en los matrimonios se da la agresión mutua, en igualdad de condiciones y sin que se reproduzcan situaciones de sometimiento de una de las partes a la otra; *la tercera* corresponde a situaciones en que el marido ataca a la esposa, la cual, por lo general, no tiene demasiadas posibilidades de defenderse o de repeler la agresión, las mujeres maltratadas por sus maridos es la manifestación que se da con mayor frecuencia. *La cuarta* modalidad corresponde a aquellos matrimonios con alguna disfunción en sus relaciones, que sin tener una estructura comportamental violenta, llegan a caer en interacciones violentas, como último recurso, cuando se les agotaron las instancias de comunicación. La violencia puede sobrevenir a partir de cualquiera de los miembros de la pareja. Se conocen los puntos débiles, se hieren verbalmente y llegan a los golpes por desesperación, lo cual los deja frustrados, sin solución y muy resentidos, pero sin poder romper esa unión neurótica.

El adulto por lo común más agredido es la mujer en relación estable con un hombre. Esto constituye un cuadro específico: el de la *violencia marital*, que recae en la esposa y que, cuando ella permanece sin conseguir salir de ese vínculo, configura lo que podemos llamar *mujer golpeada*. Es por lo tanto un síndrome de violencia crónica unidireccional: va siempre del hombre hacia la mujer.

En este sentido, se define el *maltrato de mujeres* como violencia ejercida contra las mujeres por su pareja (o ex pareja), y esta definición remite al concepto de *malos tratos o violencia en la familia* (Bosch y Ferrer, 2002).

Hay algunas situaciones que no se incluyen en el cuadro de *mujer golpeada*. Una es la de aquellas personas involucradas en acuerdos sadomasoquistas. La situación de violencia conyugal en la que el hombre y la mujer, en igualdad de condiciones, se atacan y defienden sin colocarse ninguna en posición de sometimiento, tampoco se considera dentro de este marco. Estos no son casos que puedan ingresarse en la categoría de mujer golpeada y tampoco en la de combate cruzado en que los cónyuges tienen esa modalidad crónica y cotidiana de relacionarse por medio de golpes. Pero aún en esos matrimonios disfuncionales no cabe la explicación por el masoquismo, tal como se le explica indiscriminadamente a todo ese conjunto de relaciones violentas, con muy poco conocimiento científico de las clasificaciones, cuadros, perfiles y matices diagnósticos de que actualmente se dispone. Una *mujer golpeada* es aquella que sufre maltrato intencional, de orden emocional, físico o sexual, ocasionado por el hombre con quien mantiene un vínculo íntimo. Él la obliga a realizar acciones que no desea y le impide llevar a cabo lo que sí desea. Dicha pareja, por sus características, ingresa en un ciclo de violencia reiterado que dificulta la ruptura de la relación o su transformación en un intercambio no violento (Ferrera, 1996).

Para poder comprender la dinámica de la violencia conyugal, es necesario considerar dos factores: su carácter cíclico, y su aumento en intensidad y frecuencia.

➤ *Ciclo de violencia*

Walker (1984), plantea que existe un círculo de violencia que consta de tres etapas que aumentan tanto en frecuencia como en intensidad.

La *mujer golpeada* se encuentra atrapada en este circuito de violencia que se descargará sobre ella en cualquier momento. Este *ciclo de violencia* es un fenómeno con características específicas que ocurre en un alto porcentaje de matrimonios en los que existe una mujer golpeada y un hombre violento (Ferrera, 1996).

Corsi (1994) resume el *ciclo de la violencia conyugal* en tres etapas:

Primera etapa: denominada “*fase de la acumulación de tensión*”, en la cual se produce una sucesión de pequeños episodios que llevan a roces permanentes entre la pareja, con un incremento constante de la ansiedad y la hostilidad.

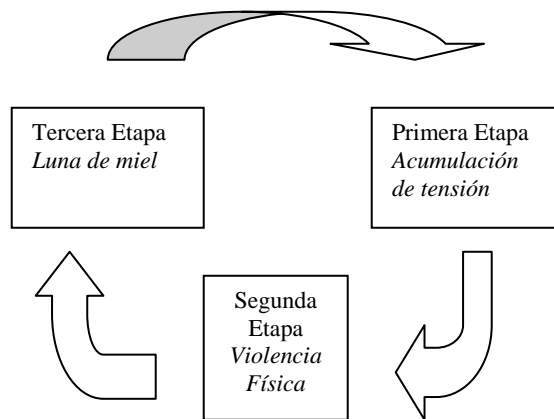
Segunda etapa: llamada “*episodio agudo*”, en la cual toda la tensión que se había acumulado da lugar a una explosión de violencia que puede variar en su gravedad, desde un empujón hasta el homicidio.

Tercera etapa: denominada “*luna de miel*”, en la cual se produce el arrepentimiento, a veces instantáneo, sobreviniendo un episodio de disculpas y la promesa de que nunca más volverá a ocurrir.

El descubrimiento de que existe un proceso que se repite y cumple con ciertas etapas ha resultado de mucha utilidad para comprender como una relación amorosa ingresa en la violencia y cómo una mujer golpeada encuentra difícil alejarse de ese vínculo peligroso. En ocasiones la mujer no ha podido identificar la existencia de este ciclo y se piensa a sí misma, erróneamente, como masoquista o presa de una fatalidad que la obliga a pasar siempre por las mismas experiencias (Ferrera, 1996).

La primera etapa de la violencia es sutil, toma la forma de agresión psicológica. Consiste en atentados contra la autoestima como ridiculizar, ignorar su presencia, no prestar atención a lo que dice, reírse de sus opiniones o sus iniciativas, comparar con otras personas, corregir en público, etc. estas conductas no aparecen en un primer momento como violentas, pero igualmente ejercen un efecto destructor sobre la persona que enfrenta la violencia, provocando su progresivo debilitamiento de sus defensas psicológicas.

Teoría del ciclo de la violencia (Walker, 1984)



De acuerdo con Ferrera (1996), el ciclo puede haber comenzado durante el noviazgo. En algún momento el novio mostró ciertas conductas o actitudes que ocasionaron temor y dudas en la novia acerca de la conveniencia de casarse. Otras veces los episodios arrancan durante la luna de miel, en el embarazo o luego del nacimiento del primer hijo. Pero al revisar

este tipo de relaciones se observa que siempre hubo una serie de datos que preanunciaban la historia posterior y que no fueron correctamente percibidos y evaluados. Algunas demostraciones de celos, de posesividad, de enojos exagerados, de dominación y control, se justificaron o se interpretaron como conductas halagadoras. Esas señales que anticipan un comportamiento masculino opresor son pasadas por alto en pro de los aspectos exclusivamente románticos del amor. Estos quedan en primer plano y los demás se desvanecen.

Existe una serie de premisas a tener en cuenta y que la pareja compartió implícitamente. Ambos creen en los roles tradicionales: la “mujer femenina” está atenta a su hombre y lo complace con cariño, le hace sentir que es fuerte, decidido y que sabe más que ella; el “hombre masculino” es el que manda y lleva el timón de la pareja, la hace sentir protegida y confiada. Ambos entablan una dependencia emocional que los mantiene muy unidos, los hace sentir bien, necesitan darse aprobación mutua, fundirse como si fueran uno y saberse el centro de la vida del otro. También ambos piensan que “ella” debe ser la compañera perfecta; lo debe seguir en todo, apoyarlo, satisfacerlo y conservar la armonía y el bienestar familiar.

Pasado un tiempo empieza a cambiar el clima de la relación, algo no anda bien, se acumula tensión y disgusto, hay disconformidad con ciertos aspectos de la convivencia, se produce algún acontecimiento, un problema económico o laboral, un embarazo, él se pone celoso de vecinos, parientes, amigos o compañeros de ella, o no hay motivos aparentes; comienzan las agresiones sutiles de tipo psicológico, burlas y ridiculización disfrazada de chistes, críticas, desprecio por ciertas cualidades intelectuales o físicas; no parecen actitudes violentas pero van teniendo un efecto devastador en la confianza y seguridad de la mujer.

En un segundo momento aparece la violencia verbal, que viene a reforzar la violencia psicológica. La persona que arremete, insulta y denigra a la otra persona, la ofende, comienza a amenazarla con agresión física, con matarla o suicidarse. Va creando un clima de miedo constante. En muchos casos quien es agredido llega a un estado de debilitamiento, problemas emocionales y depresión que la llevan a una consulta psiquiátrica, en la que es medicada con psicofármacos.

En un momento dado él puede darle un empujón fuerte que la hace titubear o soltarle una cachetada. Ella, desprevenida, es tomada por sorpresa. No hubiera podido decir nunca que él reaccionaría así. Finalmente comienza la violencia física. Esta violencia es gradual,

comenzando como un juego, con apretones, pellizcos, posteriormente las cachetadas, patadas y golpizas, o utilizando objetos. Después viene el arrepentimiento y promesas de cambio.

En estos primeros incidentes tal vez intente calmarlo, ponerse cariñosa y comprensiva, sin darse cuenta que con esa actitud acaba de legitimar la violencia y que si la maltrata responde con bondad y complacencia. Ella no cree que deban pegarle pero sí que le toca hacer todos los esfuerzos posibles para que no ocurra de nuevo. Si se repite se siente culpable, y en lugar de enojarse niega la injusticia del ataque y sus propios sentimientos, calculando que quizá el marido tenga razón y ella deba preocuparse más por mejorar. Al principio estas acciones tienden a ser empujadas en su importancia. No se abordan con plena conciencia pues equivaldría a enfrentar un enojo intenso y una toma de decisiones “poco femeninas”. Ha sido educada en los valores culturales que indican al matrimonio como el interés principal y el eje de la vida de una mujer. Su fracaso arrastra a su existencia misma.

Ella no se valora individualmente lejos de un marido. No está entrenada para pensar en sí misma y en su beneficio. Antepondrá la familia y el marido a todo aunque para ella representen un infierno. Ha depositado mucho en ese proyecto; la vergüenza y el fracaso la obligarán a tapar todo y guardar la apariencia.

El hecho en sí mismo es tan impactante que los deja mal y con la sensación implícita de que no va a volver a ocurrir. Sin embargo, esto no le resulta útil al hombre, que está pasando por un momento de remordimientos; prefiere pensar que ha sido algo pasajero, no cree que sea seria ni equivocada ni grave su conducta. Los dos coinciden en explicar mediante hechos externos la reacción masculina. “Venía intranquilo, molesto, nervioso, tomó algo de más, tiene deudas, perdió algo o le robaron, le chocaron el auto, hay problemas o enfermos familiares”, o “es la infancia difícil que tuvo, su mala suerte para los negocios, la falta de oportunidades, las frustraciones adolescentes, etc.”. Así aparece una gran cantidad de justificaciones mediatas o inmediatas para sus explosiones. Pero ambos están de acuerdo de que él no es así en realidad, que se quieren lo suficiente para olvidar o perdonar. Comienza entonces, un periodo muy agradable. Recuperan el cariño y las atenciones. A esta etapa se le conoce como la luna de miel.

Con el correr de los días, el desgaste de la convivencia, las dificultades externas o internas, llevan a una progresiva acumulación de nuevas tensiones y se deteriora la relación. Recomienzan los reproches, las acusaciones y las críticas. Él no está conforme y ella se anticipa todo lo que puede para satisfacerlo. Una situación suplementaria, frustrante, en el curso de una jornada; el aumento de la ansiedad de él que no tiene habilidad para expresar y

comunicar emociones y entonces se desata una crisis de cólera y de insultos. Con el tiempo vuelven a comenzar los episodios de acumulación de tensiones y el ciclo vuelve a iniciarse.

Este es el ciclo de violencia familiar, dentro del cual se pueden presentar diferentes tipos de violencia como la física, la psicológica y/o la sexual.

1.5 TIPOS DE VIOLENCIA

La violencia adopta diferentes maneras de expresión que pueden variar desde una ofensa verbal hasta el homicidio. En términos generales, se puede decir que existen cinco tipos de violencia que no son mutuamente excluyentes, es decir, se puede manifestar más de un tipo de violencia al mismo tiempo, de diversa maneras y en diferentes esferas, tanto de la vida pública como privada. Estos son:

1.5.1 Violencia verbal.

Incluye los insultos, los gritos, las palabras hirientes u ofensivas, las descalificaciones, las humillaciones, las amenazas, los piropos que causen molestia, etc.

1.5.2 Violencia emocional

Son todas aquellas actitudes que dañan la estabilidad emocional de la persona violentada o cualquier acción que busque denigrar, intimidar, amenazar o manipular a través de gestos agresivos, malos tratos, falta de atención, silencio y chantajes.

Por violencia emocional se entienden aquellas conductas intencionadas que producen desvalorización o sufrimiento en las mujeres. Follingstad, Brennan, House, Polck y Rutledge, (1991) establecieron una diferenciación entre seis tipos principales de maltrato emocional o psicológico que ha sido muy utilizada en la literatura sobre el tema: a) ridiculización, humillación, amenazas verbales e insultos; b) aislamiento, tanto social como económico; c) celos, posesividad; d) amenazas verbales de maltrato, daño o tortura, dirigida tanto a la cónyuge como hacia los hijos, otros familiares o amigos; e) amenazas repetidas de divorcio, abandono o de tener una aventura con otra mujer; f) destrucción o daño de las propiedades personales a las que se les tiene afecto.

Para Ferrera (1996), el abuso emocional está integrado por dichos o hechos que avergüenzan o hacen descender el nivel de la autoestima de la persona. Este tipo de abuso no es tenido en cuenta y, no obstante, es la principal causa de deterioro psíquico para cualquier ser humano. Las mujeres pueden manifestar que la herida íntima provocada por los insultos, duele y permanece en la conciencia mucho más que un golpe físico.

Tu familia y tu madre son una porquería, no te mereces nada, no sabes nada, no entiendes nada, bruta, ignorante, no sirves, eres una inútil, son las adjetivaciones que habitualmente utiliza el golpeador para tratar a su esposa. No la deja trabajar o estudiar. Ahuyenta a las amistades, a los vecinos y a la familia, hasta que la mujer ya no tiene contactos sociales salvo con él y los hijos. La fuerza a entregarle su sueldo si ella trabaja o deja que ella pague todo y él se reserva lo que gana. No la deja comprarse cosas para ella o la obliga a vestirse como él quiere; puede ser de una manera muy recatada o muy provocativa según el caso. Sospecha constantemente de cualquier conducta de la mujer, la cela con todo hombre que se cruza. La acusará de engañarlo con todos los conocidos y parientes. La controlará con promesa que no cumplirá, jugará con sus ilusiones y esperanzas. Mentirá y será contradictorio en pensamientos y acciones, pues el abusador es muy mujeriego. Si la mujer dice algo al respecto, la acusa de loca, celosa, desconfiada o mal pensada.

Otra forma de maltrato emocional es el silencio. Muchos de estos hombres no le hablan a su esposa, la ignoran, no contestan a sus preguntas o comentarios, no se detiene a dialogar y la mantiene en una situación de lejanía. Pasan por su lado como si no existiera; no la toman en cuenta para nada, sea en decisiones, en proyectos o en actividades diversas; no la escuchan tampoco, la obligan a callarse y llegan a impedirle o prohibirle conversar o emitir opiniones dentro y fuera de la casa.

1.5.3 Violencia económica

Es una de las formas sutiles de violencia, que consiste en el castigo a través del control del dinero o de los bienes materiales.

1.5.4 Violencia física

Son aquellos actos que dañan el cuerpo y la salud física, es toda agresión que tenga contacto físico o que afecte el cuerpo. Este tipo de violencia muchas veces deja cicatrices, enfermedades que duran toda la vida, lesiones leves y/o severas e incluso puede causar la muerte. Se incluirán aquí acciones tales como patear, morder, golpear con puños u objetos, dar palizas, emplear un arma, abofetear, empujar, arrojar objetos, estrangular, etc. (Bosch y Ferrer, 2002).

Cuando se reflexiona el tema de la violencia se tiende a pensar solamente en sus aspectos físicos. Los golpes, los ataques con objetos contundentes, el empleo de armas blancas o de fuego constituyen los elementos más gruesos de lo que llamamos agresión física, puesto que generan situaciones con un riesgo inmediato de muerte. También dejan una mayor

evidencia de lo ocurrido por sus señales perceptibles: hematomas, heridas, fracturas y otras lesiones. A estos ataques graves que puede sufrir una esposa se agregan otras conductas frecuentes del marido, como pellizcar, empujar, inmovilizar, sacudir, tironear de los pelos o de los miembros, bofetadas, puntapiés, intentos de estrangulamiento, rasguños, echarla fuera de la casa, abandonarla en sitios desconocidos, dejarle marcas o desfiguración, no ayudarla, no darle dinero para las necesidades de la casa, manejar alocadamente el auto con la familia dentro, tirarla por la escalera, no asistir a la mujer cuando está enferma o embarazada, etc. El punto extremo de esta escala de abuso físico culmina en un posible aborto por golpes, en el homicidio de la mujer, en el homicidio del hombre cuando la mujer no soporta más y reacciona, o en el parricidio cometido por los hijos para defender a la madre (Ferrera, 1996).

1.5.5 Violencia sexual

Es toda relación vinculada con el sexo que se realiza contra cualquier persona sin su consentimiento, transgrediendo la libertad y dañando su desarrollo psicosexual, generando inseguridad, sometimiento y frustración.

Se dan malos tratos sexuales siempre que se impone a las mujeres un contacto sexual contra su voluntad (Bosch y Ferrer, 2002). El abuso sexual consiste en la total desconsideración por ese aspecto delicado de la intimidad corporal de la mujer. La forzará a mantener relaciones sexuales aunque ella no lo desee. La obliga por su mayor poder físico, con amenazas o con un arma. Es inoportuno y la requiere cuando ella está cocinando o atendiendo al bebé o hablando por teléfono. Si ella se resiste o se muestra molesta, la acusa de fría, desinteresada y que no piensa en él ni lo atiende. Se burla de las características sexuales de la esposa, de su cuerpo o de sus gustos o disgustos en materia sexual. Alternativamente la acusará de frígida o de calentona. No escucha ni le interesa qué es lo que desea ella. La obliga a realizar actos que ella no quiere hacer, a mostrarse delante de los hijos o querrá hacerle compartir la actividad sexual con otros hombres o mujeres. Puede golpearla y confirmar su poder y la sumisión de ella con una relación sexual inmediata a la paliza. Esta escala de abuso sexual puede también culminar con el homicidio de la mujer o del marido (Ferrera, 1996).

Debido a esto, la violencia sexual se considera como un grave problema social. Sus efectos son, por lo general, más amplios y duraderos de lo que suele reconocerse y las consecuencias en quienes son víctimas de ella, llegan a alcanzar niveles graves.

Este tipo de violencia repercute más allá de la materialidad del hecho violento, atenta contra la libertad y la dignidad personal, genera una compleja gama de trastornos en la

integridad de la víctima y su entorno. Durante la agresión sexual, violenta y humillante, la víctima sufre la pérdida de su autonomía, control y autoestima, experimentando como resultado una enorme sensación de impotencia y desamparo (Cazorla, 1994).

En los diferentes tipos de violencia sexual se encuentran las siguientes constantes:

Puede ocurrir en cualquier ámbito social: en el trabajo, en la escuela, en la vía pública, en la casa, etc.

Generalmente es realizado por personas conocidas: por amigas y amigos, por la novia o el novio, por la esposa o el esposo, por vecinos o vecinas, por cuidadores o cuidadoras y por parientes.

Puede darse por un solo individuo o en grupo.

Puede o no tener contacto físico, pero deja una relación de superioridad, en donde el control está en manos de una sola persona, por tener mayor jerarquía, edad, autoridad o fuerza. La mayoría de las agresiones son llevadas a cabo por hombres.

La mayoría de las agresiones ocurren en la casa de la víctima o del agresor.

En relaciones donde la persona agresora es un conocido o una conocida, el acto violento puede ocurrir más de una vez.

Es muy común que los agresores recurran a las amenazas para no ser descubiertos o denunciados.

Más de la mitad de las agresiones sexuales suceden en el día.

➤ *Hostigamiento o acoso sexual*

Consiste en usar un puesto de influencia, en el trabajo o en la escuela, para manipular a la o el subordinado, y puede ir desde los chistes sexistas hasta la exigencia de favores sexuales e insinuaciones, haciendo uso de amenazas para lograr lo deseado.

➤ *Lenocinio o tráfico sexual*

Consiste en la explotación que se hace al utilizar a una persona para comercializar su cuerpo, obteniendo un beneficio económico o de otra naturaleza. Las víctimas de este delito en muchos casos son menores de edad, que han sido seducidos con la garantía de un trabajo y cuando se dan cuenta del engaño, ya no pueden negarse por que aceptaron dinero por adelantado, se encuentran muy lejos del lugar de residencia, bajo amenazas o secuestrados. Son muy frecuentes los casos de secuestros de mujeres, niños y niñas para que ejerzan la prostitución, que son vigiladas y controladas de día y de noche y viven esclavizadas, lo que les impide cualquier posibilidad de escapar y/o denunciar.

➤ *Abuso sexual*

Es cualquier contacto de naturaleza sexual entre una persona adulta y un o una adolescente, o menor, con el fin de estimular o gratificar la sexualidad de quien lo lleva a cabo. El abuso sexual incluye una amplia gama que va desde mostrar pornografía, exhibición del cuerpo desnudo o semidesnudo, contacto con el cuerpo del menor o hacer que éste toque el cuerpo de quien abusa e incluso llegar a la penetración, anal, vaginal u oral.

Aunque se lleve a cabo con el consentimiento del menor, se considera abuso sexual, ya que en todo momento existe una relación desigual de uso de poder, ya que la víctima carece de autoridad, de desarrollo emocional, cognoscitivo y físico y para tomar una decisión de esa naturaleza.

➤ *Violación*

La libertad sexual debe considerarse como un bien jurídico que debe protegerse en sus dos vertientes: la positiva, que se relaciona con el libre ejercicio de la sexualidad, y la negativa, que es el derecho de toda persona a que no se le imponga un acto sexual de ninguna índole.

La violación es la forma extrema de la violencia sexual y se basa fundamentalmente en la fuerza física y el terror. Consiste en la penetración de un objeto u órgano sexual masculino, ya sea por la vagina, ano o boca, que se lleve a cabo con violencia física o psicológica. Esta conducta sólo es responsabilidad de quien ejerce la agresión, ya que no existe ninguna excusa para cometer dicho acto.

La víctima de violación casi nunca es elegida al azar. Con frecuencia pertenece al mismo círculo social o familiar del agresor y es observada y perseguida hasta que se encuentra en un momento vulnerable, por eso se afirma que la violación es un delito que se comete con premeditación, alevosía y ventaja.

Con frecuencia, las víctimas de violaciones no sólo tienen que enfrentar la estigmatización social que las responsabiliza de la agresión de la que fueron objeto, sino que también, en caso de que presenten una denuncia o inicien una acción legal, deben sufrir la victimización secundaria de carácter institucional, esto es, tienen que pasar por una serie de situaciones ofensivas y humillantes para demostrar que en efecto fueron violadas.

1.6 DESCRIPCIÓN DE LA VIOLENCIA

Partamos de que existe una realidad social y una individual. Lo social esta representado por el lenguaje, que es la forma en la que expresamos nuestra forma de ver y organizar el

mundo. Hay un enfrentamiento entre lo individual y lo social, lo social invade, coacciona, presiona, vigila, violenta a lo individual. La identidad ha sido creada por cada ser humano, durante el proceso de desarrollo, a partir de la herencia biológica y lo social.

Los elementos que intervienen en el fenómeno de la violencia familiar, son multifactoriales, la interacción de lo individual y lo social, con su propia dinámica y estructura: influyendo las condiciones históricas, culturales, sociales y biopsicológicas en las que se genera. En esta interacción de lo social y lo individual, la cultura transmite la violencia de generación en generación, influyendo así en la formación de la personalidad, ya que da las pautas de la forma de sentir, de pensar y actuar dentro de nuestro grupo social.

También es importante distinguir el impacto de las diferentes Instituciones en la transmisión y preservación de la cultura, tales como la familia, la iglesia, el Estado, la escuela, los medios de comunicación, etc. quienes difunden las creencias, valores, tradiciones, normas, costumbres, etc. Estas instituciones hacen posible el mantenimiento de la violencia en el núcleo familiar. La madre es la primer persona con quien socializa el niño, de ella recibirá información verbal y no verbal, que aunada a las siguientes relaciones familiares, escolares, etc., le darán su sentido de identidad sexual, personal, familiar y social.

Debido a la socialización se lleva a cabo la adquisición de los roles psicosexuales, que estipulan la forma en que se darán las relaciones hombre-mujer, considerando aquellas pautas culturales que definen lo masculino y lo femenino.

El origen de esta división de géneros se da a partir de la división del trabajo en donde se desarrollan los estereotipos para cada sexo; a la mujer por su función reproductiva se le limita a la vida privada, presentando características como: dependencia, docilidad, pasividad, sumisión abnegación, debilidad, inseguridad, etc. a diferencia del hombre al cual se le asignado la participación en la vida pública, presentando características como: agresividad, actividad, independencia, poder, autoridad, etc.

Esto se ha tratado de justificar a partir de ciertas diferencias biológicas (reproducción), esto a excepción de las funciones, obedecen a pautas y patrones culturales. Esto trasciende a la relación de pareja, en donde el manejo del poder puede decidirse y ejercerse equitativamente o desigualmente.

En un contexto de desigualdad, se da con facilidad el surgimiento de la violencia familiar. Esto lleva a tener sentimientos de baja autoestima, insatisfacción, angustia, ira, culpa, que pueden originar rasgos depresivos para la víctima.

Con la adquisición de estos roles, de una u otra forma se favorece la violencia contra la mujer. También podemos observar, como la violencia familiar se ha venido dando a través de la historia, siendo una conducta que se aprende desde el seno familiar, en donde se incorpora la cultura, y es reforzada por las diferentes Instituciones.

Al analizar el discurso de los participantes donde se practican abusos relacionales, se advierte la presencia de los principios característicos de sistemas autoritarios (Whaley, 2001). Se examinan de principio las ideas sostenidas en los circuitos violentos. Estas ideas aparecen en los discursos de abusadores sin que las víctimas las cuestione con fuerza suficiente para disminuir su impacto (Mihailc, Wofford y Elliott, 1997).

El género masculino es el eje, y el femenino, el alternativo. El hombre es el uno y la mujer es el otro. Esta forma de elitismo, se desprende de algunos de los principios autoritarios, que avalan la idea de que quien ejerce el poder, al ser el jefe, tiene derecho a disciplinar. Desde ese lugar tiene derecho de abusar impunemente de su poder en nombre de la obediencia debida al superior por el inferior; este último visto como posesión del primero (Mihailc, Wofford y Elliott, 1997).

La familia, como otras instituciones (ejército, comunidades religiosas, etc.) se muestra en este discurso autoritario como una figura de una entidad en sí misma, fuera del contexto social, con reglas internas que no necesitan supuestamente examinarse en relación con el entorno social y cultural al que la familia pertenece, sino que puede autoestablecerse por sí misma; las diferencias de poder jerárquico, económico y físico entre sus miembros aparecen como naturales.

Por otro lado, para una mejor comprensión de la violencia familiar es necesario describir también las características de las personas involucradas dentro de este tipo de relaciones, ya que existen características en las personas abusadoras, abusadas y en los testigos de la situación.

1.7 CARACTERÍSTICAS DE LOS PROTAGONISTAS SOCIALES

1.7.1 Persona abusadora

Se define al *hombre golpeador* como el sujeto del sexo y género masculino que ejerce modalidades de victimización: violencia física, maltrato emocional y/o abuso sexual, en forma exclusiva o combinada e intencional sobre la persona con quien mantienen un vínculo de

intimidad (su esposa o compañera, pudiendo incluir a los hijos de uno o ambos cónyuges) (Corsi, 1995). Esta definición permite tipificar el síndrome del hombre golpeador.

Kantor, Jasinski y Aldarondo (1994), afirma que se encuentra un discurso autoritario en las personas abusadoras como: dueñez, impunidad, centralidad, control, autoridad sin confrontaciones. Que parecen ser aspectos desarrollados por estas personas.

Dueñez. Aparecen pensamientos y conductas que dejan suponer que el abusador se siente en cierto modo dueño de la persona de la cual abusa, como si esa persona le perteneciera.

Impunidad. El abusador tiene la idea de que su acción maltratante no es censurable. Supone que la explicación que ofrece de su actitud va a ser aceptada y comprendida por las personas del contexto, y aún por las personas abusadas. Es preciso insistir sobre la importancia que tiene el sustento y el refuerzo que dan a esta idea los mensajes sociales respecto de que algunas personas pueden cometer actos que lastiman a otras sin que tales actos sean, según las circunstancias, posibles de castigo o condena social, sino que se justifican y hasta se aplauden como heroicos.

Centralidad. Los abusadores reiterados son personas que se justifican a sí mismas, aún cuando su acción esté dañando al otro que tiende a no registrar el daño o a minimizarlo. Su socialización fue orientada a tomar en cuenta primordialmente sus propias necesidades e intereses sin desarrollar al mismo tiempo las cualidades empáticas que atienden la existencia de los demás. El abusador siente que no puede, ni debe tolerar que lo contraríen y que, si así ocurre, la persona a la que él atribuye el origen de su contrariedad debe ser castigada de alguna manera. Siente que su persona es central, más importante que la de los demás.

Control. El abusador cree muchas veces, sobre todo cuando se trata de un padre (la figura más frecuente), que él debe controlar las conductas de los miembros de su familia. Se supone responsable ante los demás de las conductas de su esposa o sus hijos, y a veces en esto recibe el apoyo del entorno social; algunas instituciones, particularmente otros hombres, le reclaman por lo que su esposa e hijos hacen. En este marco, algunos hombres se sienten a cargo de una disciplina torturante para con su núcleo familiar (Maldonado, 1995; Mihailc, Wofford y Elliott, 1997).

Autoridad sin confrontaciones. En nuestro sistema social, las mujeres no están acostumbradas a verse como figuras de autoridad en su propia familia. Los hijos, al llegar a la adolescencia, cuestionan el supuesto de la familia a cargo de dos personas adultas y con igual *status* jerárquico; desafían abiertamente la autoridad de la madre,

particularmente en lo relativo a las obligaciones domésticas, que identifican con las funciones maternas, mientras siguen considerando al padre como autoridad familiar. Es habitual que la madre haya delegado la autoridad en el padre, fiel a lo que se espera de allá como proveedora de afecto, clima emocional positivo, cuidados, bienestar, etc. (Whaley, 2001).

En la socialización de las mujeres, estas cuestiones chocan con la práctica de la autoridad. El padre es visto, generalmente como el jefe de la familia, quien ocupa la autoridad; es la persona realmente importante, cuyo sueño y cuyo humor hay que cuidar por encima de los demás. La mujer sostiene la figura de autoridad del padre, en tanto representante familiar que la sociedad percibe y toma en cuenta. Y en el momento de reivindicar su autoridad materna, hace mucho que el marido y los hijos se han dado cuenta de que ella no ocupa ese lugar, y ya ni la escuchan (Perrone, 1997).

El marido cree entonces que él es la única autoridad familiar. Titular de esta posición de importancia y autoridad, puede que además haya sido sólo entrenado para registrar sus necesidades, para ver únicamente lo que privilegia su mirada, centrada en sí mismo (y coincide con la de su familia). Además de que en la sociedad circulan una serie de actitudes y de valores sostenidos por los hombres, que validan el empleo de la violencia en las relaciones familiares. Esta manera de resolver los conflictos se configura en el sistema familiar que aún hoy sigue siendo de dominio privado. Esta institucionalización ha perpetuado el uso de la violencia, considerándola como legítima (Whaley, 2001).

Según el Modelo de Atención Psicológica para las Unidades de Atención y Prevención de la Violencia Familiar (2004) se puede encontrar un perfil psicológico de personas abusadoras relacionado con lo dicho anteriormente, como se muestra en la tabla 1:

- Las formas violentas de interacción son el resultado de un modelo familiar y social que las acepta como estrategias adecuadas para resolver conflictos.
- La identidad masculina en nuestra sociedad está configurada por un aprendizaje de ciertas creencias, valores y actitudes, entre los que destacan:
 - * Ocultamiento de emociones
 - * Preocupación por el éxito y competitividad
 - * Ejercicio del poder como forma de control
- Suelen estar afectados por sesgos cognoscitivos relacionados con:
 - Por un lado las creencias equivocadas sobre los roles sexuales y la inferioridad de la mujer
 - Por otro lado con ideas distorsionadas sobre la legitimación de la violencia como forma de resolver conflictos.
 - * Personas vulnerables ante la frustración.
 - * Limitadas habilidades de comunicación.
 - * Carecen de estrategias adecuadas para resolver conflictos.
- Pueden presentar algunos de los siguientes rasgos de personalidad:

- * Dependencia emocional.
- * Agresividad generalizada.
- * Problemas en el control de la ira.
- * Impulsividad.
- * Déficit de autoestima.
- * Celos.
- * Imposición.
- * Prepotencia.
- * Dificultad para expresar y manejar sus sentimientos (temor, tristeza, amor).
- * Dificultades sexuales.
- * Ideología de supremacía masculina.
- * Masculinidad asignada.
- * Egocentrismo.
- * Falta de empatía.
- * Negación, minimización, o justificación de su violencia.
- * Responsabilizan a otro.
- * Temor al abandono.
- * En algunos casos se encuentran patologías orgánicas como: tumores, epilepsias, depresiones mayores, etc.

Tabla 1.

Rodríguez (1990) señala que son múltiples los perfiles que pueden presentar los agresores. Los estudios varían en la manera de describirlos, lo cual ha llevado a algunos a sugerir que "...los golpeadores son más parecidos que diferentes a los no golpeadores". Lo común a todos ellos es la violencia hacia su pareja, que consiste en el maltrato y otras conductas agresivas para controlarlas.

Wehner (1988) afirma que las causas de la violencia están influidas por tres factores:

1. *Déficit psicológico.* Baja autoestima, celotipia.
2. *Factores estructurales económicos y sociales* que implican estrés, y la socialización en una subcultura violenta.
3. *Lo histórico.* El análisis de las relaciones de los padres, y entre hombres y mujeres.

Muy similar a lo anterior, Dohmen (1995), en la Tabla 2, plantea que, en los agresores se puede encontrar:

- Las formas violentas de interacción son el resultado de un modelo familiar y social que las acepta como estrategias adecuadas para resolver conflictos.
- La identidad masculina en nuestra sociedad está configurada por un aprendizaje de ciertas creencias, valores y actitudes, entre los que destacan:
 - * Ocultamiento de emociones
 - * Preocupación por el éxito y competitividad
 - * Ejercicio del poder como forma de control o conductas para controlar
 - * Manipulación
- Los hombres golpeadores suelen estar afectados por sesgos cognoscitivos relacionados con:
 - * Por un lado las creencias equivocadas sobre los roles sexuales y la inferioridad de la mujer.
 - * Limitadas habilidades de comunicación.
 - * Inhabilidad para resolver conflictos de forma no violenta.

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pueden presentar algunos de los siguientes rasgos de personalidad: <ul style="list-style-type: none"> * Dependencia emocional. * Baja autoestima * Negación, minimización, o justificación de su violencia. * Celos y actitudes posesivas * Externalización de la culpa * Aislamiento |
|--|

Tabla 2.

Dohmen (1995), describe los puntos anteriormente mencionados de la siguiente manera:

- *Las formas violentas de interacción son el resultado de un modelo familiar y social que las acepta como estrategias adecuadas para resolver conflictos.*

Los hombres golpadores se apoyan en los valores culturales, basados particularmente en los mitos de la masculinidad que definen cómo “debe ser el hombre”. Desde esta posición necesitan tener el control, la dominación y la jerarquía con respecto a la mujer, a la cual subordinan y someten para mantener el *status* descrito.

Algunos autores como Corsi (Cit. en Eckhardt, 1997), nos dicen que la violencia es algo que se aprende en la propia familia, argumentando que pareciera que el haber padecido la violencia en los primeros años llevará a usarla en las relaciones familiares, llegando a la adultez. En muchos casos se siguen los pasos de los padres, manifestando el accionar violento como modo de manejar el enojo y el estrés. Se aprende así que la violencia es la única manera de resolver conflictos.

Currie (1985) afirma que en los agresores, la adhesión rígida al estereotipo tradicional de género produce estrés y aislamiento. Y que las preocupaciones sobre el rendimiento, el progreso y su necesidad de tenerlo todo controlado los limitan, determinando una relación insatisfactoria con su pareja.

En este sentido, la socialización masculina tiene enorme influencia puesto que los hombres son educados para la violencia en todas sus relaciones, teniendo que reproducir esa imagen para ser considerados verdaderos hombres (Dohmen, 1995). De acuerdo con Adams (1989), la sociedad en la que vivimos con estructura patriarcal subestima la vida doméstica, y trae aparejada una respuesta en los hombres golpadores: la de no esperar que su comportamiento violento hacia las mujeres sea condenado, ni siquiera tomado en cuenta. La actitud de estos hombres que consideran que el maltrato que ejercen hacia las mujeres no

pertenece a la esfera pública responde al sistema cultural y social en el que nos encontramos inmersos.

➤ *La identidad masculina en nuestra sociedad está configurada por un aprendizaje de ciertas creencias, valores y actitudes, entre los que destacan:*

★ *Ocultamiento de emociones*

La restricción emocional, la racionalización de los sentimientos y la inhabilidad comunicacional se deducen del empleo de esta característica en el discurso de los hombres golpeadores. Además de hablar en condicional (“si...”) como si fuera una eventualidad, una condición, una posibilidad, y también en tercera persona evitando hacerse responsable de lo que dice.

La restricción emocional se basa fundamentalmente en no poder hablar acerca de los propios sentimientos ni expresarlos, en particular, con otros hombres. Con sus cónyuges pueden manifestar su enojo y cólera, exclusivamente a través de la violencia. En este sentido, la comunicación verbal se encuentra limitada. Las necesidades emocionales de estos hombres existen, pero sienten como si su expresión estuviera anulada, cercada por el modelo masculino tradicional, pues temen ser relacionados con características típicas del estereotipo femenino, debido al temor a ser señalados por su debilidad. Para ellos el hombre debe ser fuerte, sin mostrar en ningún momento sus flaquezas.

Respecto a esto Sonkin y Durphy (1982), argumentan que el problema reside en que muchos hombres no perciben el momento en el que empiezan a enojarse; crece en ellos la tensión sin que se den cuenta, hasta que finalmente explotan. Una de las causas es que, siguiendo el estereotipo masculino, se les ha enseñado desde pequeños que el enojo no es una emoción buena para expresar. Como resultado, no presentan atención a su propia ira, y si lo hacen procuran esconderla. La imposibilidad actual de estos hombres de poder manifestar que se sienten molestos, enojados, lo cual los lleva a acumular una serie de tensiones que descargan en los más débiles, en la mujer.

La mayoría de los hombres son entrenados desde pequeños para que “piensen” lo que pasa y no para que lo sientan, y desde el pensamiento deben caracterizarlo como positivo o negativo. Es así como se estructura un juicio respecto del significado de las cosas, juicio que se hará desde un lugar jerárquico, particularmente en los golpeadores. Sin embargo, de ello no están exentos el resto de los hombres, pero en menor medida. Pensar y sentir pasan a ser

sinónimos. Los hombres aprenden que deben manejarse con el pensar; las mujeres aprenden que deben conducirse con el sentir.

Estos autores refieren que en una pelea el hombre utilizará su lenguaje de lógica y razón y la mujer empleará su lenguaje de sentimientos y emociones: las expresiones de sentimientos de la mujer tienen efecto directo sobre los sentimientos del hombre, aunque él no lo advierta.

Rodríguez (1990) afirma que los agresores tratan de evitar expresar, discutir o exponer sus sentimientos, a excepción del coraje. No pueden mostrar su intimidad, lo que hay dentro de sí mismos.

★ *Preocupación por el éxito y competitividad*

La sociedad impulsa a los hombres a cumplir con el “deber ser”: él siempre es racional y conoce todas las respuestas; nunca evita el enfrentamiento; tiene una carrera exitosa y hace mucho dinero; siempre está para mantener a la familia, es duro, fuerte, no expresa los sentimientos; nunca falla. Esos rasgos son aún más rígidos e inflexibles en los maridos violentos, quienes, para mantener oculta su dependencia, inseguridad y debilidad recurren a la violencia doméstica, que les permite sostenerse en el estereotipo.

★ *Ejercicio del poder como forma de control o conductas para controlar*

Este rasgo está íntimamente ligado a la conducta de manipulación que generalmente implementan los hombres golpeadores para obtener sus fines. Los esposos agresores necesitan controlar la situación, dominarla, pues esto es lo que les otorga seguridad. El control ejercido por los golpeadores llega en muchos casos hasta acompañar a su mujer a todos lados, a encerrarla, a no permitirle que salga a ningún lado sola, promoviendo una situación de total aislamiento. Este control obsesivo está relacionado generalmente con otros rasgos de los golpeadores: celotipia y actitudes posesivas, ya que debido a su inseguridad temen el abandono de su pareja, con lo cual perderían un pedazo de sí mismos.

Para Wehner (1988), el déficit de recursos que tienen los golpeadores es lo que origina su necesidad de control. Es ese control el que les permite el dominio, particularmente en la relación con su esposa, de la que dependen.

Adams (1989) argumenta que el abuso de esposas es un patrón coherente de controles, mediante coerción, que incluye el abuso sexual, las amenazas, la manipulación psicológica, la coerción sexual y el control de los recursos económicos. Estas conductas para controlar sirven,

además, para perpetuar en la víctima el recuerdo potencial del abuso físico del agresor, por ejemplo gritos, amenazas, mal humor, aniquilar su independencia. Las críticas permanentes que la esposa maltratada recibe de su marido destruyen la confianza en sí mismas y debilitan su autoestima, llegando a un estado de dependencia total.

★ *Manipulación*

Implementada como otra forma de mantener el control se caracteriza por el uso de racionalizaciones, con el objeto de manejar la situación, es mantenida por la misma sociedad, con creencias, ideas, mitos y estereotipos que hace circular a través de sus redes, el lugar de dominación y poder intrafamiliar del hombre. Ellos llegan hasta la expresión de manifestaciones violentas, en los casos en que por su debilidad necesitan imponerse implementando estos medios.

Para poder controlar la situación y retener a su pareja, los maridos violentos descalifican las denuncias y justifican su accionar, con la intención de que pierdan efectividad. Por otro lado, su objetivo está dirigido a hacerle creer a la mujer que no va a poder vivir sin él, intentando que ella permanezca paralizada y perpetuar dicha situación. El fin de esta estrategia se debe a que es él quien no toleraría vivir sin ella por su dependencia afectiva, y por ello necesita convencerla con el argumento opuesto de que debe continuar a su lado.

Algunos hombres golpeadores utilizan manifiestamente a los hijos para lograr sus objetivos. Los utilizan como emisarios o mensajeros, y los inducen a que espíen las actividades de la madre, o para que la convenzan del propósito que ellos persiguen: “que deje que papito regrese a casa”.

Otro de los métodos usados por los hombres golpeadores es crear conflictos sobre la posesión y/o sobre la cuota de alimentos para los hijos. Esta estrategia, organizada y planificada, tiene por fin obligar a sus parejas a reconciliarse o a que retiren las denuncias penales que hicieron contra ellos.

Adams (1989) caracteriza la manipulación de los hijos sin hacer alusión a las otras modalidades de manipulación características de los agresores. Los niños testigos de maltrato a sus madres se afectan indudablemente al estar expuestos a estas circunstancias. En las niñas y en los varones testigos de este tipo de abuso aparecen signos de inseguridad, agresividad, depresión. Estos chicos sienten divididas sus lealtades entre la madre y el padre.

➤ *Los hombres golpeadores suelen estar afectados por sesgos cognoscitivos relacionados con:*

★ *Por un lado las creencias equivocadas sobre los roles sexuales y la inferioridad de la mujer.*

Se aprecian conductas disímiles entre niñas y varones pequeños. Las niñas particularmente asumen la responsabilidad de su fracaso. Los varones, por el contrario, lo adjudican a circunstancias ajenas a su persona, expulsan su responsabilidad de los hechos. Corsi (1995) afirma que esta caracterización, presente en el juego de niñas y niños, se desplaza a los adultos y a la situación conyugal: el hombre tiende a eludir su responsabilidad, justificando y minimizando su conducta violenta, en función de comportamientos o ausencias de actitudes de provocación que atribuyen a la mujer.

★ *Limitadas habilidades de comunicación.*

La incapacidad comunicacional determina en los hombres golpeadores la inhabilidad para resolver conflictos de otra forma que no sea la violenta. Utilizan racionalizaciones para explicar su conducta. La estrategia de comunicación que emplean los hombres golpeadores está orientada a no contestar a lo que se les pregunta, a irse por las ramas, para minimizar y justificar su accionar violento.

★ *Inhabilidad para resolver conflictos de forma no violenta.*

La inhabilidad para comunicarse está íntimamente ligada a la inhabilidad para resolver conflictos en forma no violenta. Los golpeadores, en la relación marital, presentan tendencia a actuar agresivamente luego de la acumulación de tensión, como única modalidad para poder liberarla. En este sentido, el mayor problema que presentan estos hombres es que no registran el momento en el que comienzan a enojarse, creciendo en ellos la tensión sin percibirla hasta la descarga.

Sonkin y Durphy (1989); y Corsi (1991), coinciden en la necesidad de trabajar con los golpeadores sobre el conflicto, en cuanto a que éste no es malo y no debe ser evadido, ya que su presencia es inevitable. Al explicarse esta situación, los hombres suelen sorprenderse, puesto que suponen que todo conflicto en la pareja debe ser rápidamente solucionado. Ésta es una de las razones por las cuales emplean la violencia como la forma más rápida y efectiva para que se termine el problema.

Wehner (1988) afirma que la inhabilidad para resolver los conflictos en forma no violenta se basa en que a estos hombres les resulta imposible diferenciar la cólera de otros

estados de ánimo. Sonkin y Durphy (1989), argumentan que muchos golpeadores que asisten a los grupos piensan que el enojo y la violencia son una misma cosa. Cuando intentan controlar la violencia, tratan de tener el enojo bajo control. En su trabajo con agresores, estos autores puntualizan la índole saludable del enojo, como una emoción normal de sentir y expresarse. Explicitan que tratar de esconderlo o negarlo generalmente determina el desencadenamiento de la violencia. Uno de los medios no apropiados para expresar el enojo es la violencia, puesto que perjudica a otros, así como también a quienes la ejecutan. Expresar el enojo de forma espontánea y no intimidatoria detiene el aumento de la tensión, y así se evita un nuevo episodio de maltrato.

Sonkin y Del Martin (1985) refuerzan las ideas mencionadas y declaran que los hombres golpeadores tienen gran temor a expresar sus sentimientos. Esto se debe a que los hombres violentos, cuando experimentan emociones intensas, las asocian con reacciones violentas. Por tal motivo, estos autores se dedican a explicar y explicitar, en su trabajo, que los sentimientos intensos no producen violencia, y que ésta se relaciona con la incapacidad de trabajar con esos sentimientos.

➤ *Pueden presentar algunos de los siguientes rasgos de personalidad:*

★ *Dependencia emocional.*

Para el marido violento, dejar ir a la pareja es como dejar ir una parte de sí mismo. De ello se deduce el alto grado de dependencia que tienen de su cónyuge. Muchos de los agresores, al experimentar esta pérdida, ven dañada su autoestima, puesto que no pueden controlar ni dominar la situación y no entienden cómo les ocurre a ellos.

Para Rondeau, Gauvin y Dankwort (1989), la primera forma de detectar la dependencia de los hombres golpeadores es el miedo que tienen a perder a su cónyuge. Éste se presenta como uno de los motivos de consulta más frecuentes, ya sea de manera manifiesta o encubierta. El otro motivo de consulta que generalmente se repite es el temor a las consecuencias legales.

Sonkin y Durphy (1989) informan sobre el alto índice de separación o divorcio en las familias en las que circula la violencia doméstica. En estos hombres se visualizan con facilidad el dolor y la pérdida que sufren con la separación. Aún cuando la relación haya sido dolorosa, los autores mencionados afirman que, al separarse, ambos miembros de la pareja padecen un gran sufrimiento.

Corsi (1991) afirma que la falta de una vivencia personal de seguridad es una de las características salientes de estos hombres, que necesita ser sobrecompensada a través de una actitud firme, externa, autoritaria. Esta última tiene como objetivo ocultar la debilidad interna que en el fondo existe. El golpeador es una persona que permanentemente ve amenazados su autoestima y su poder en el hogar y/o en la pareja. Cualquier situación conflictiva dentro del ámbito privado lo lleva a sospechar que puede perder el control de la situación. Esto le provoca un estado de gran tensión, e intenta retomar rápidamente el control a través del uso de la fuerza.

★ *Baja autoestima*

El eje del síndrome del hombre golpeador es la baja autoestima. Generalmente los hombres violentos necesitan una mujer que cubra la sensación de sentirse disminuidos y así negar su baja autoestima. Corsi (1991) hace hincapié en que es necesario que la autoestima no sea afirmada a través de manifestaciones violentas.

Currie (1985), al hablar de la baja autoestima de los maridos violentos, refiere que, en su experiencia, rara vez argumentan sentirse bien el golpear con su pareja. A pesar de que la acusan y se enojan con ella, sienten culpa y remordimientos, sensaciones de inadecuación y falta de control. La reiteración de la violencia sólo sirve para profundizar la imagen negativa que tienen de sí mismos. Los agresores con frecuencia se sienten desesperados, pero resulta excepcional que manifiesten esas sensaciones, pues para ellos significaría salirse de las pautas establecidas para el ideal de hombre aceptado culturalmente. No pueden mostrar su debilidad por temor a ser ubicados en una postura femenina.

Wehner (1988) caracteriza la baja autoestima como unida a los rasgos de inseguridad y dependencia. Con respecto a la dependencia, la mujer del golpeador funciona como parte constitutiva de su persona. Asimismo la celotipia y las conductas para controlar se suman a la inseguridad y la dependencia, puesto que si la esposa concretara el abandono, perdería una parte de sí mismo.

Rondeau, Gauvin y Dankwort (1989) refieren que en los hombres golpeadores hay que desarrollar no sólo la responsabilidad por la violencia ejercida, sino que se debe enfocar, además, el sufrimiento y dolor que padecen. Los agresores presentan una gran necesidad de sostén, puesto que actúan de manera depresiva, particularmente aquellos que han sido abandonados por sus compañeras.

★ *Celos y actitudes posesivas*

La característica de los celos y actitudes posesivas propia de los golpeadores se encuentra asociada al rasgo de controlar las conductas de las mujeres. Adams (1989) señala que es frecuente que las mujeres maltratadas padezcan acusaciones inquisidoras de sus esposos, motivadas por los celos. Éstos, en algunos de los agresores, llegan a constituirse en una cualidad obsesiva vigilando de forma permanente cada uno de los movimientos de su pareja. La vigilancia se acentúa una vez que las esposas deciden abandonarlos, se van del hogar o tratan de terminar la relación con ellos. Esta conducta puede llegar hasta perseguirla a todo lugar a donde vaya, interrogar a sus hijos, escuchar las llamadas telefónicas para controlar sus actividades y con quien se relaciona, etc.

El mismo autor argumenta que los celos patológicos de este tipo no son evidentes en todos los agresores e incluso la presencia de este comportamiento debe entenderse como un indicador significativo de su potencial homicida, el cual es denominado por Rodríguez (1990) como potencial de letalidad.

Unida a esta conducta se suma otra actitud de los maridos violentos: la de volverse extremadamente posesivos. Esta actitud, para Adams (1989), generalmente se manifiesta en la imposibilidad del agresor de aceptar que la relación con su pareja ha concluido. Las mujeres que logran abandonar a estos hombres son sometidas a un hostigamiento extremo como método de presión que incluye múltiples llamadas telefónicas, amenazas de homicidio o de suicidio, visitas inesperadas a la casa o al trabajo, insistencia en acordar encuentros y manipulación de los hijos.

★ *Negación, minimización, o justificación de su violencia.*

Según Dohmen, (1995), este rasgo de los hombres golpeadores se relaciona con el de minimizar y justificar la conducta violenta. Estos hombres suelen negar los actos que se les imputan, aun aquellos por los cuales fueron acusados o convictos. Son muy pocos los agresores que reconocen su problema. En ese sentido, la gama de hombres violentos va desde aquellos que racionalizan su violencia hasta los que la niegan por completo, es decir mintiendo y ocultando elementos sobre su conducta.

Los hombres violentos buscan generalizar su conducta, recurren a cualquier justificativo o circunstancias para negar su responsabilidad en los actos de ejecución violenta contra su cónyuge o su pareja. Por eso, seguida a la negación de su responsabilidad se da en aquellos la utilización de argumentos y racionalizaciones para sostener esta negación de su violencia. Los golpeadores minimizan su violencia al compararla con la de sujetos que atacan

brutalmente a las mujeres en la calle. Estos hombres, además de rechazar la caracterización de abusador de la mujer, estiman la intensidad de su violencia en grados ínfimos, insignificantes y circunstanciales.

Estos hombre intentan justificar la violencia responsabilizando de su accionar a cualquier motivo o situación. Las modalidades van desde algo que hizo o dejó de hacer su mujer hasta algo que les ocurrió en el trabajo, con un vecino, amigo, etc. Los golpeadores justifican su conducta violenta con variadas cuestiones: pérdida del control; provocaciones de la esposa; definir la situación con igualdad de responsabilidades respecto de sus conductas violentas. Minimizan y trivializan no sólo los actos violentos sino los efectos y las consecuencias que provocan en las esposas. Las racionalizaciones que hacen para justificar su accionar cobran valor con su cónyuge –la cual se siente culpable- . No ocurre lo mismo en las demás situaciones, donde pueden controlarse perfectamente y evitar la violencia.

Sonkin y Durphy (1982) observan que cada hombre que utiliza la violencia en el ámbito intrahogarero argumenta sus propias razones para justificar ese comportamiento. Puede ser de diferente tipo, pero siempre apuntan a culpabilizar a la víctima. Pero ninguna de esas razones que construye el golpeador para defenderse, justificarse y minimizar la violencia que ejerce es justificable o no condenable, ni lo excusa de su responsabilidad.

Existen innumerables excusas para justificar la violencia del hombre hacia su familia, como el alcoholismo, desempleo, estrés ocasionado por diversos problemas, etc., pero lo interesante en todo estos casos es que hay una selectividad y autocontrol, en el sentido de que se limita quien será la víctima y donde se desarrollará el nuevo episodio de maltrato (Whaley, 2001).

★ *Externalización de la culpa*

La mayoría de los hombres golpeadores consideran las causas de la violencia fuera de su responsabilidad, atribuyéndola a factores ajenos a sí mismos. La ceguera selectiva es la ausencia de percepción del hombre entre lo que su accionar violento provoca, y la respuesta defensiva y de protección de la mujer para evitar nuevos episodios de maltrato. El golpeador no puede establecer la ligazón entre lo que él hizo a su esposa y la reacción o comportamiento consecuente que ella implementa. Esta característica particulariza a los esposos violentos, los cuales se ponen melancólicos frente a la separación, abandono y/o cambios radicales que puede instrumentar la mujer.

Este cambio de actitud de la mujer es el que no logra comprender el hombre dando lugar a ceguera selectiva. Lo que el golpeador no puede entender es que, a causa de su conducta violenta, la esposa instrumenta actitudes defensivas, poniendo límites para no seguir padeciendo el maltrato.

Para Adams (1989) éste es el patrón de manipulación más común del agresor, que culpabiliza a la esposa por su propia violencia. La negación de su responsabilidad en la ejecución de la violencia y el empleo de argumentos o racionalizaciones que la justifiquen aparecen como elementos típicos en el perfil de estos hombres.

Los hombres golpeadores habitualmente describen en su discurso dos modalidades de violencia doméstica:

-La violencia cruzada, en la que ambos miembros de la pareja emplearían conductas agresivas, como modalidad vincular.

-El ejercicio del maltrato como respuesta a la violencia que ejercería la esposa contra ellos, llegando a adjudicarle la exclusividad de este comportamiento.

Sonkin y Durphy (1982), mencionan que algunos hombres se defienden o enardecen cuando sus novias/esposas se enojan con ellos, porque ven el problema como una cuestión ganada o perdida: para ellos alguien tiene razón y alguien se equivoca. Esto es lo que ocurre con la ceguera selectiva, puesto que los golpeadores no pueden comprender el enojo de la mujer y las respuestas consecuentes que ellas efectúan. Frente a estos hechos los hombres violentos manifiestan dos conductas distintas: se enfurecen aún más, y ejecutan nuevos brotes de violencia y amenazas, o sufren de melancolía o depresión, frente al abandono o separación de la mujer.

Adams (1986) es otro autor que se refiere a este rasgo o conducta particular de los agresores, argumentando que en esta conducta selectiva no hay un déficit de habilidad sino un control selectivo, el cual estaría asociado a la doble fachada del hombre golpeador.

★ *Aislamiento*

Sonkin y Durphy (1982) argumentan que muchos de los hombres que consultan por la problemática de la violencia doméstica se encuentran aislados. Este aislamiento no está referido a la ausencia de contacto con otras personas, aunque es cierto que algunos llegan a ese extremo. Los hombres golpeadores suelen conversar sobre cuestiones banales, de trabajo o de deportes, pero no pueden comprometerse en lo referente a la violencia que protagonizan.

Corsi (1991), al describir el aislamiento emocional de los agresores, manifiestan que es un tipo de aislamiento social, vinculado con lo afectivo. El hecho de relacionarse con mucha

gente o de tener muchos conocidos no determina la existencia de un vínculo en el que puedan intercambiar sus propios problemas y los conflictos que los aquejan. Los maridos violentos no mantienen relación de privacidad con ninguno de los sujetos con los que interactúan. El aislamiento social y emocional se encuentra como un factor casi constante en los maridos violentos.

La caracterización descrita tiene sus raíces en el entrenamiento que reciben los varones, desde niños, mediante la socialización primaria y secundaria. Con ambas se construye el estereotipo de género, y se aprenden pautas vinculares especialmente con otros varones. Se incorpora la regla de no compartir los sentimientos con otros hombres, y se instituye la homofobia como terror o pánico a la homosexualidad. Este entrenamiento trae como resultado la tendencia de estos hombres a estar aislados emocionalmente, en particular respecto de otros hombres (Dohmen, 1995).

Para Sonkin y Durphy (1982) el aislamiento social en que se encuentran los agresores se basa, fundamentalmente, en no conversar acerca de los propios sentimientos con otras personas por miedo a lo que se pueda pensar de ellos. Estos hombres necesitan estar seguros de dar una imagen ajustada al ideal del hombre.

El aislamiento causa estrés y éste aumenta el riesgo de conflicto al sentirse invadidos por la incompreensión. El aislamiento se relaciona con la inhabilidad para comunicarse (esta característica se desarrolló anteriormente). Es por ello que en tanto estos hombres logren modificar su manera de expresarse, manifiesten los propios sentimientos y conversen acerca de su propia problemática, podrán disminuir los riesgos de acumular tensión y, en consecuencia, dejen de actuar con violencia (Dohmen, 1995).

Este aislamiento también se ensambla con el miedo a la soledad por la dependencia respecto de la mujer y por su propia inseguridad, ya que perderían el único contacto íntimo que mantienen con otro ser. Esta caracterización es la que Rondeau, Gauvin y Dankwort (1989) describen como profunda dependencia afectiva.

El aislamiento se correlaciona, por otra parte, con el déficit de recursos típico de los golpeadores, al que se refiere Wehner (1988). Éste podría visualizarse no sólo como causa sino como efecto del primero. Todo se daría en una suerte de sistema circular. Al mantener limitado el espacio intrahogareño e impedir para sí y para los miembros de su familia las conexiones con el entorno social y la posibilidad de establecer redes sociales de distinta

índole, estos hombres, así como las mujeres maltratadas, se encuentran carentes de recursos para salir del aislamiento, perpetuándose la violencia doméstica.

Adams (1989) describe el aislamiento social como una de las estrategias implementadas por los agresores para exterminar la autoestima y la independencia de sus parejas.

Esta caracterización se relaciona con el rasgo de la celotipia de los agresores, los cuales acusan a las mujeres de ser infieles. Otro recurso que emplean los maridos violentos para afianzar la autoimagen negativa de sus esposas es la descalificación por no cumplir con sus roles de madres, esposas y amas de casa a la perfección, acusándolas de descuidar a su familia. Este accionar de los hombres golpeadores sirve para limitar a la esposa los contactos con amigos, vecinos, familiares y compañeros de trabajo, y para que todo se reduzca a la relación intrafamiliar, ámbito donde poseen el dominio. Esta conducta favorece el control absoluto de la situación (Dohmen, 1995).

Para entender mejor esta problemática es necesario tomar en cuenta las características que se han observado en las personas que están en el otro lado de la relación, que en este caso serían las víctimas, y de esta manera poder dar una mejor aproximación de la violencia familiar.

1.7.2 Características de la víctima

De acuerdo con Whaley (2001), podemos definir como *víctima* a una persona que ha recibido una lesión física demostrable, deliberada, grave y repetida por parte de su compañero marital (o cohabitante) y que además tiene características como la incondicionalidad, amor como justificación del abuso, disminución del poder, del valor propio y el registro de malestar.

Incondicionalidad. Por la manera en que son socializadas, las mujeres aprenden a dar valor a actitudes de incondicionalidad hacia las necesidades de los otros. Forma parte de los requisitos que la cultura les prescribe para asegurar su disposición a la maternidad.

Whaley parte de la categoría de género para explicar la *incondicionalidad* de las mujeres, haciendo énfasis en el aprendizaje social del ser mujer. Daniels (1997) y Hasting, (1997) refuerzan lo dicho por Whaley, refiriéndose a que la disposición incondicional que aprenden las mujeres suele extrapolarse a otros vínculos como, las relaciones de pareja. Así, es posible que no se detenga a examinar si están satisfechas o no con la conducta de su novio o marido para con ella. Antes bien, puede que crean que si ellas son suficientemente buenas, atentas, serviciales, si no lo irritan, si le complacen sus gustos y no lo contradicen poniéndole

condiciones, gradualmente esto va a ir operando como una educación adecuada y él, sintiéndose cada vez mejor, va a ir convirtiéndose en el compañero ideal que ellas desean. De este modo, en los casos de abuso, la mujer piensa que su marido cambiará su conducta abusiva a medida que vaya experimentando la paz y la dicha que le proporciona alguien capaz de ser incondicional.

En este sentido, el *amor* como justificación del abuso va relacionado con la *incondicionalidad*, ya que como argumenta Whaley, la mujer soporta el maltrato por los sentimientos que manifiesta hacia la otra persona.

Amor: algunos conceptos relativos al amor en la pareja, en la familia y en la relación entre las personas se presenta para afirmar y justificar el abuso. Esto se advierte especialmente en las explicaciones escuchadas en cuanto a por qué una mujer aguanta esta situación de malos tratos y no le pone fin. La razón mencionada por ellas suele ser “por que lo quiero”. La cuestión es muy amplia, cargada de subjetividades y argumentalmente indiscutible. El amor, podemos confundirlo con la sensación de necesitar a alguien en cuyo caso es el centro de la emoción, sigue siendo el propio *self* dependiente del otro. O con la sensación de ser necesitado, y cuantas más señales demandantes o exigentes del otro, más queridos nos sentiremos.

El amor como concepto dado culturalmente, y aprendido en el proceso de socialización, permite mantener roles aceptados socialmente de cómo es que se debe comportar cada uno de los miembros de la relación. Además de la historia por la que pasa cada uno.

Quien abusa puede haber tenido una historia de carencias o de padecimientos. Esa idea y la explicación de que está enfermo despierta emociones empáticas. Con tales explicaciones, que operan en nombre del amor, hacia alguien necesitado y vulnerable será muy difícil que la mujer agredida se defienda, ya que tenderá a anestesiarse su molestia, por lo menos hasta que asuma el estado de daño físico concreto. Entonces ella se dirá “me quedo al lado de él por que lo quiero”.

Poder: el que es abusado experimenta una disminución del poder propio. La noción del propio poder depende, en una relación, de los sujetos que intervienen en ella. Pero, además depende del contexto en el que esa relación tiene lugar. Podemos explicarnos la indefensión y la falta de poder de un niño abusado, pero es más difícil comprender porqué una mujer adulta sigue conviviendo con alguien que la maltrata (Ravazzola, 1997). Es fácil y como pensar que

es masoquista o que le gusta que le peguen. Frecuentemente circulan estos argumentos que colocan el problema en el área de la patología individual de la mujer abusada, como una manera de explicar por qué no se va. Es difícil entender la lógica compleja, mezcla de sometimiento, delegación y anulación de la propia autonomía que puede mantener a mujeres adultas en estado de indefensión aprendida (Maldonado, 1995), de secuestro e incapacidad de alejarse de su marido torturador.

Al abordar el tema del poder, conviene detenerse a analizar las diferencias de mandatos que reciben varones y mujeres en los procesos socializadores. Las mujeres aprenden la capacidad de observar, evaluar, asistir y hacerse cargo de los otros, en especial cuando les parecen más indefensos o carentes; a esto le llaman empatía. En este panorama no cabe el ejercicio del poder. Las mujeres temen que el poder les impida relacionarse plenamente con los otros, y la cultura tiende a denotar y a sancionar a las mujeres que ejercen poder, a tal punto que el poder en manos femeninas se ve como negativo o no legítimo (Whaley, 2001).

La socialización de los varones los conduce predominantemente hacia el registro, reconocimiento y desarrollo de lo que concierne a su propio lugar de poder. Aprenden a percibir las señales de riesgo de perder el poder, y muchas veces actúan con gran cuidado para conservarlo. Están entrenados y listos para saber cuándo, cuánto y qué necesitan, así como cuáles son las actitudes que apoyan y refuerzan los éxitos de sus objetivos.

Estos ejes de socialización, tan diferentes en hombres y mujeres resultan negativos cuando son rígidos y reductivos por ser parciales y por hallarse polarizados en relaciones de poder distintas para las mujeres por un lado y para los varones por el otro. Esto se relaciona con que en las mujeres víctimas de violencia, se dé una disminución del propio valor.

Disminución del propio valor: En nuestra cultura, las mujeres gozan de menos valor, *status* y prestigio que los hombres y lo masculino.

Esta afirmación no produce sorpresa, ya que a través de la historia podemos observar las diferencias genéricas, y las ventajas y desventajas que producen por el sólo hecho de ser mujer o ser hombre.

Cada época necesitó formas nuevas de enmascarar las desigualdades de género. En esta época aparece la mística de las ventajas y los privilegios que otorgan a las mujeres las leyes de los países desarrollados, o el argumento de que, en algunos de esos países, estas diferencias jerárquicas de género han sido totalmente superadas (Vivian, 1997).

Disminución del registro del malestar: Este punto es muy significativo en relación con las consecuencias, ya que las víctimas, de advertir su malestar mucho antes de que

comiencen a aparecer interacciones que lleguen a perjudicarlas, estarían en mejores condiciones para frenar al abusador, darle alguna señal del deterioro que padecen o terminar la relación.

En el caso de que terminaran la relación y comenzaran otra, corren el riesgo de involucrarse en otra muy similar, ya que no aprendieron a detectar las señales de su malestar.

Esto se debe a que las mujeres, socializadas para sensibilizarse sobre las necesidades de los demás y desensibilizarse en el registro de sus propias necesidades y deseos, se establecen relaciones en base a que los demás obrarán de la misma forma que ellas (Sugarman, 1996 y Vivian, 1997).

El perfil psicológico de las mujeres víctimas de violencia familiar que propone el Modelo de Atención Psicológica para las Unidades de Atención y Prevención de la Violencia Familiar, (2004), nos dice que estas personas comparten una serie de características de personalidad tal como se presentan en la tabla 3:

- * Baja autoestima.
- * Asertividad deficiente.
- * Escasa capacidad de iniciativa.
- * Sumisión.
- * Inseguridad.
- * Indecisión.
- * Devaluación.
- * Minusvalía y autodevaluación.
- * Culpa.
- * Vergüenza.
- * Frustración.
- * Impotencia.
- * Codependencia.
- * Ambivalencia (amor-odio).
- * Ansiedad extrema, como resultado de una amenaza incontrolable.
- * Respuestas de alerta y sobresalto permanente, debida a la intermitencia de la violencia entremezclada con periodos de ternura y arrepentimiento.
- * Depresión y pérdida de la autoestima.
- * Aislamiento social y dependencia emocional.
- * Pueden presentar cuadros clínicos asociados al síndrome de Estrés Postraumático.
- * Síndrome de indefensión aprendida (desamparo aprendido).
- * Síndrome de Estocolmo

Tabla 3.

Este perfil que proponen sobre las mujeres víctimas de violencia familiar tiene que ver más con las consecuencias de la violencia que con características propias de la persona, ya que los datos tomados son de personas que ya pasaron por alguna relación violenta.

1.8 CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA

Al hablar sobre las consecuencias de la violencia se tocan diversos aspectos, como son el daño físico, el psicológico, además del daño provocado a los hijos o a otros familiares. Ya que la violencia doméstica tiene efectos muy graves y dañinos para todos los miembros de la familia, no sólo impacta en la persona que la vive directamente, sino también en los que están a su alrededor.

Al dañar a alguien se dañar a una parte de la sociedad, y esto consiste en una ofensa, por acción o por omisión, que pasa también hacia su familia y el bienestar físico, psíquico y moral de sus miembros (Ferrera, 1996).

Respecto a las consecuencias que produce el maltrato en la víctima, Bosch y Ferrer (2002), arguyen que suelen presentarse serias secuelas tanto físicas como psicológicas, incluso la muerte.

En general, se ha observado que la mujer que vive en estas condiciones, presentan un deterioro físico, síntomas tales como baja autoestima, temor permanente a ser agredida, depresión, alteraciones emocionales y debilitamiento gradual de sus defensas físicas y psicológicas, lo cual se traduce en un incremento generalizado de sus problemas de salud. Otros síntomas en la mujer maltratada son los dolores corporales y de cabeza, problemas respiratorios y asma, fatiga, colon irritable, úlceras, ansiedad, síndrome de estrés postraumático e infecciones vaginales, particularmente en el caso de las mujeres sometidas a violencia sexual. Se ha detectado además que la mujer víctima de violencia tiene una mayor tendencia a suicidarse o a intentar quitarse la vida que aquella que no lo padece. Asimismo, la mujer agredida suele utilizar con mayor frecuencia medicamentos, especialmente ansiolíticos o tranquilizantes (Ellsberg, 1996; Larraín, 1994; Heise, 1994; Morrison y Orlando, 1999; Traverso, 2000).

La Organización Mundial de la Salud (WHO, 1996, 1998a, 1998b, 1999; cit en Bosch y Ferrer, 2002) considera que las principales consecuencias de la violencia de género sobre las mujeres pueden agruparse como se muestra en la Tabla 4:

A) Resultados fatales: suicidio, homicidio, mortalidad materna, SIDA.
B) Resultados no fatales: a) Sobre la salud Física. - Consecuencias diversas sobre la salud física: lesiones, heridas, daño funcional, síntomas físicos diversos, salud subjetiva (o valoración de la propia salud) deficiente, discapacidad, disfunción permanente, obesidad grave, malnutrición, deshidratación, y en general, vulnerabilidad a enfermedades o problemas de salud graves.

- Trastornos crónicos: síndromes de dolor crónico, síndrome del intestino irritable, trastornos gastrointestinales, enfermedades somáticas, fibromialgia, cansancio crónico, asma.
- Conductas de riesgo para la salud: fumar, abuso de alcohol y drogas, conducta sexual de riesgo, inactividad física, ingesta excesiva.
- Consecuencias sobre la salud reproductiva: embarazos no deseados, embarazos precoces, trastornos ginecológicos, abortos de riesgo, abortos espontáneos, complicaciones del embarazo, enfermedad inflamatoria pélvica, enfermedades de transmisión sexual.
- b) Sobre la salud mental: síndrome de estrés post-traumático, depresión, ansiedad, fobias, miedos, ataques de pánico, desorden obsesivo compulsivo, trastornos del apetito, disfunción sexual, trastornos del autoestima, abuso de sustancias, alteraciones del sueño e insomnio, autolesiones, intentos de suicidio, agresividad hacia otros o hacia uno mismo, desórdenes múltiples de personalidad.

Tabla 4.

Las mujeres que viven esta problemática atraviesa la frontera de su protección personal, se genera en ella un sentimiento de inseguridad e impotencia. La victimización le genera a una persona experiencias traumáticas como la desorganización de la conducta, la incredulidad o negación de lo vivido, conmoción, angustia, depresión, y lo principal: miedo. A esto debe agregarse el surgimiento de síntomas inmediatos o mediatos, es decir, reacciones retroactivas hasta varios meses después de sufrido el delito. Los sentimientos de pérdida, de culpabilidad, el descenso de la autoconfianza, pesadillas, llantos, cambios afectivos bruscos, ideas paranoides, obsesivas, fobias y miedos crónico, serán todos o algunos factores que pasarán a tener un lugar en su conducta (Ferrera, 1996).

Por otro lado podemos decir que, aparte de los moretones y heridas, se producen alteraciones en su personalidad y salud mental debido al maltrato emocional y psicológico. Esto hace que el deterioro ocasionado no sea visible como los golpes físicos. Cuando se llega a percibir una alteración en el comportamiento de la mujer, posible después de una prolongada exposición a la violencia, suele confundirse con señales de alguna enfermedad mental y no se las entiende como lo que son: secuelas del sufrimiento por el abuso. Por lo tanto se pueden llegar a tomar las consecuencias de la violencia como rasgos de la personalidad de la víctima, formulándose un diagnóstico equivocado. Incluso la depresión que casi todas presentan es un producto de la situación y no una característica de la estructura personal de la mujer (Ferrera, 1996).

Las consecuencias de la violencia para la víctima las podríamos dividir en consecuencias para la *salud mental, física y sus efectos colaterales*, que en este caso serían las consecuencias para los hijos. Respecto a las consecuencias para la salud mental se encuentran: la respuesta que produce la experiencia traumática como las respuestas cognitivas, conductuales, emocionales, psicológicas e interpersonales; además de trastornos

psicopatológicos como depresión y trastornos por estrés post-traumático. Otros trastornos frecuentes son los trastornos de ansiedad como fobias, ataques de pánico y trastornos obsesivos compulsivos; trastornos y estados disociativos o psicosis reactivas breves; trastornos de alimentación como anorexia y bulimia; adicciones como alcoholismo y drogodependencia.

Como señala la Organización Mundial de la Salud (cit en Bosch y Ferrer, 2002), podemos decir que, de acuerdo con los datos disponibles, las mujeres que experimentan malos tratos tienen entre 4 y 6 veces más posibilidades de necesitar tratamiento psiquiátrico que aquellas que no lo sufren. En relación con estos trastornos mentales, es importante puntualizar que en la mayoría de los casos estos son consecuencia del maltrato y en ningún modo su causa. Es decir, si las mujeres enferman es por el maltrato recibido o por el miedo vivido, no presentaban la enfermedad previamente. En segundo lugar, se debe tener en cuenta, que en algunos casos, que el comportamiento inhibido y la falta de reacción de las mujeres maltratadas debe interpretarse más como una estrategia de afrontamiento pasiva destinada a preservar su vida (y que se reconoce como tal en otro tipo de situaciones) y no como un síntoma depresivo ni como un indicador de que las mujeres están cómodas o a gusto en la situación en la que viven.

También, es importante recordar que las mujeres maltratadas no son un grupo uniforme y tampoco lo son, por tanto, las consecuencias que el maltrato tiene para ellas. En este sentido se sugiere que el número y la severidad de los síntomas y consecuencias del maltrato sobre la salud mental de las mujeres estarán relacionados con factores como la frecuencia y severidad del abuso, el tipo de abuso padecido (físico, emocional y/o sexual), el ajuste al rol sexual tradicional, la percepción de la situación y de la violencia como más o menos letal, la historia familiar de abuso, la disponibilidad de redes sociales y familiares, la posibilidad de predecir y/o controlar el maltrato, la edad, la estabilidad y los recursos psicológicos previos o la autoestima.

Un aspecto complementario a ese problema, según Ferrera (1996), es el de la reacción de la gente al enterarse de los hechos. Se produce un rechazo inicial hacia la víctima de algún tipo de violencia, la culpan. Esta crítica a la víctima alivia la sensación de desamparo que experimentan todos los que se enfrentan con la violencia consumada. Entonces se prefiere creer que la víctima contribuyó en algo. Por otra parte, comienza un proceso de aislamiento y marginación de la persona, como si pudiera contagiar algo de su desgracia a los demás. Murmuran de ella, se discuten sus antecedentes y así terminan todos ocupándose de la víctima, de manera negativa y fallida; la culpan por lo sucedido que ha traído grandes molestias a todos

y, mientras tanto, el delincuente va quedando a la sombra de estas actitudes desatinadas, protegido y gozando de la impunidad, del olvido o hasta de una cierta compasión.

También podemos encontrar en la *mujer maltratada*, varios sentimientos típicos: la *impotencia*, por que se siente sobrepasada por los hechos y no ve la solución; la *vergüenza*, pues se juzga severamente a sí misma se ve llena de degradación y eso la aísla o la lleva a disimular; el *miedo*, ya que sabe que la venganza es posible y teme más por sus hijos que por ella; la *culpa*, en tanto cree haber fallado y se hace cargo de toda la situación; el *malestar*, ocasionado por la cólera prohibida y reprimida que la destruye por dentro; el *enloquecimiento*, por la impresión de locura y pesadilla que la bloquean.

Este sentimiento de alienación o de locura es especialmente importante. Se origina en la frustración de todos sus intentos de arreglar las cosas con su marido, y para sobrevivir, debe abandonar sus criterios para aceptar las reglas del hombre violento. Al estar aislada, la sensación de incomunicación y de estar librada a su suerte la sume en el espanto, la contradicción y la duda.

Cuando todo lo que se hace y cuando todos los esfuerzos no logran causar ningún efecto ni la situación se modifica, se abandonan los intentos y la actividad, se cae en una obediencia pasiva al entorno, y todos los estímulos externos que sobrevengan a partir de ese momento rebotarán contra el condicionamiento operado, esto se le conoce como *indefensión aprendida*. Según Ferrera, si trasladamos esto a la mujer golpeada, sólo se necesita el tiempo necesario para que en ella se instale la certeza de que son inútiles sus cuidados para evitar la violencia del marido. Es un conocimiento que se instala en su organismo, que no hace más que absorber la tensión permanente en la casa, dentro de la cual no puede predecirse cómo y cuando vendrá el enojo, el golpe, el insulto, la humillación. Lo único seguro es que vendrá y cada vez más seguido. Cuando ya no da más, lo que viene es una profunda depresión. Un debilitamiento psíquico que puede acompañarse por diversos trastornos orgánicos, siendo lo más frecuente la anemia.

Por otro lado está el trastorno por estrés post-traumático, que como señalan Bosch y Ferrer (2002), puede ser un diagnóstico apropiado para entender y etiquetar las consecuencias psicológicas derivadas del maltrato.

El estrés post-traumático engloba un conjunto de síntomas de ansiedad que se manifiestan de forma similar en la mayoría de las personas al enfrentarse con un

acontecimiento psicológicamente traumático que, por lo general, se encuentra fuera del marco habitual de la experiencia humana.

En la cuarta edición del DSM IV (cit. en Bosch y Ferrer, 2002) se pone énfasis en la reacción de la persona más que el tipo de acontecimiento traumático. Concretamente, los criterios que se proponen para el diagnóstico de este trastorno incluyen la exposición a un acontecimiento traumático, su reexperimentación a través de diferentes formas (pensamientos, sueños...), la evitación persistente a estímulos asociados al trauma y el aturdimiento de la actividad general, los síntomas persistentes de activación y como criterio temporal, la prolongación de estas alteraciones (que provocan malestar significativo o alteraciones del funcionamiento de la persona) más allá de un mes.

Este trastorno puede llegar a ser especialmente grave o duradero cuando el agente estresante es obra de otros seres humanos y la posibilidad de presentarlo puede verse aumentada cuando más intensa es o más cercana físicamente se halla el agente estresante. De hecho, cuando el causante del trauma es otra persona pueden aparecer los siguientes síntomas: afectación del equilibrio afectivo, comportamiento impulsivo y autodestructivo, síntomas disociativos, molestias somáticas, sentimientos de inutilidad, vergüenza, desesperación y desesperanza, sensación de perjuicio permanente, pérdida de creencias anteriores, hostilidad, retraimiento social, sensación de peligro constante, deterioro de las relaciones con los demás, alteraciones de características de personalidad previas, etc..

Según Ferrera (1996), es muy probable que la mujer, con un desgaste emocional, empiece a tener pensamientos de suicidio y termine intentándolo, ante el callejón sin salida en el que cree estar, por el miedo o por la falta de energía para romper con la situación de una manera efectiva. Estas son las condiciones en que llega una mujer golpeada a la asistencia. Con la convicción y la vergüenza de que es la única a la que le suceden estas cosas; con pánico y un estado de shock porque seguramente, acaba de recibir un ataque, se encuentra aterrorizada por ella y por sus hijos; con las amenazas aún sonándole en los oídos; pidiendo ayuda con fuerza o por que alguien solidario la acompaña y la sostiene; humillada y desvalorizada; sin recursos económicos; trabada en sus movimientos por los hijos, incluyéndolos a ellos en cada acción; indefensa y desorientada respecto a sus derechos humanos y legales. Se encuentra vulnerable a los ruegos, las promesas y el arrepentimiento de su marido. Siempre guarda un pedacito de ilusión en el cambio de él y de que todo sea como soñó alguna vez.

La comprensión de este aspecto del problema de la violencia hacia la mujer se ha enriquecido y profundizado con los aportes de una disciplina que se ha desarrollado en los últimos años. Se trata de la Vitimología, que ha contribuido a la comprensión y conocimiento de lo que le ocurre a la persona que sufre física, moral y socialmente, como consecuencia de haber sido la víctima de un delito. Expone también el problema que le acarrea tal condición, cuando la administración de justicia no la da la respuesta adecuada. La sociedad y las instituciones, por lo común, se han ocupado más del delincuente, su recuperación o su castigo, y han dejado a un costado, oculta y marginada, a la persona perjudicada. Esta disciplina investiga los efectos físicos, emocionales, familiares, sociales, económicos, etc. que recaen en la víctima y las posibilidades de que se le proporcione una asistencia que pueda aminorar el impacto del hecho que le afectó.

1.9 INVESTIGACIONES

De acuerdo con Traverso (2000), el rezago en los estudios referentes a la violencia familiar en América Latina se debe a factores muy diversos, como son, la represión militar que vivían varios países, donde el tema de violencia y derechos humanos corría el riesgo de ser identificado con los atropellos cometidos por el aparato del Estado. A la situación política se suman diversas dificultades como son el retraso en el diseño y aprobación de la legislación pertinente, la dificultad en el registro de datos y el acceso a estos, así como algunos factores culturales según los cuales la violencia en el hogar se concibe como una forma normal de relación en el ámbito de la pareja.

Los primeros estudios en América Latina fueron realizados principalmente por las organizaciones no gubernamentales que trabajan en las temáticas de género y discriminación de la mujer en particular. En ese entonces el objetivo central era hacer que la sociedad formara conciencia respecto a un fenómeno que se había mantenido oculto: la violencia de la que eran objeto las mujeres por parte de sus parejas. Lo que hasta ese momento se mantuvo en silencio comienza a salir a la luz a fines de la década de los años ochenta e inicios de los noventa a través del acceso y sistematización de datos e información provenientes de diversos servicios y entidades como la policía, los hospitales y los centros de atención a víctimas, así como con la ejecución de algunos programas gubernamentales. Pese a que estos estudios aportan información valiosa, existen problemas metodológicos derivados del hecho de que el análisis se basa esencialmente en los datos registrados por los servicios de atención a la víctima, los cuales son difícilmente comparables y no permiten generalizar resultados.

El mismo autor nos dice que es sólo a partir de la década de los años noventa cuando se superan las investigaciones de índole descriptiva y se llevan a cabo estudios de prevalencia con muestras representativas de la población, lo cual constituye un gran avance en el conocimiento real en las características y dimensiones del problema. Asimismo en años más recientes se ha efectuado un tipo de estudio que se enfoca en la evaluación de resultados de la ejecución de las políticas públicas y de la aplicación de la nueva legislación.

En general, la violencia doméstica sería más fácil de estudiar si se detectaran, registrarán y tratarán más casos. El problema de esto radica en gran parte a la reticencia de las víctimas a revelar un asunto que consideran familiar e íntimo. Se ha observado que las víctimas de violencia doméstica raramente denuncian estos episodios ya sea por vergüenza, sentimiento de culpa, temor o lealtad, y si lo hacen tienden a desvirtuar su frecuencia e intensidad. Asimismo, Traverso (2000) señala que una pareja afectada por la violencia manifiesta variaciones importantes en las versiones de los actos de maltrato que reporta cada uno. Esto podría explicarse por las distintas opiniones y umbrales de lo que cada miembro de la pareja define como conducta agresiva. Sin embargo, si se contara con una categoría especial de registro en las entidades que ofrecen servicio a las mujeres, los funcionarios podrían dar cuenta de los casos con regularidad, permitiendo conocer mejor la magnitud y características del problema.

La comparación de resultados de los estudios realizados es usualmente una tarea difícil debido a las diversas definiciones del concepto de violencia familiar, lo cual se origina en aspectos de tipo cultural y en las diferentes manifestaciones que ésta presenta. Entre los factores que frecuentemente dificultan el llegar a un acuerdo sobre un concepto universal de violencia familiar está, en primer lugar, el hecho de que los grados de tolerancia y aceptación de estos comportamientos varían de un individuo a otro, de un país a otro y de un contexto cultural y social a otro. En segundo lugar, se tiende a utilizar indistintamente los términos violencia familiar, violencia conyugal y mujer golpeada. Por último está el hecho de que algunas definiciones incluyen sólo las formas de violencia física, mientras que otras en cambio incorporan la agresión psicológica y el descuido grave como una forma de violencia, ésta última especialmente en relación con la definición de maltrato a los niños.

La variedad de definiciones del concepto de familia que utilizan las investigaciones sobre violencia doméstica también obstaculiza el análisis comparativo de resultados. Existe por lo general una gran dificultad en fijar criterios para la definición de familia por que la rigidez es muy compleja: frecuentemente la agresión puede darse por parte de novios,

convivientes, ex novios o ex maridos, de padrastros hacia los hijos de la mujer, como también entre personas que viven en el mismo hogar sin tener lazos de parentesco. Por lo tanto, la relación entre las personas implicadas en la situación de violencia es fundamental para determinar su carácter de familiar. Weis (1989) y (Traverso, 2000) señalan tres instancias en donde se puede hablar de familia en el contexto de la definición de violencia familiar: la primera es cuando la víctima y el ofensor tiene una relación de parentesco originada en el vínculo matrimonial o de nacimiento; la segunda se presenta cuando los participantes en la relación se conocen de un modo íntimo y personal (novios, amantes, etc.); y la tercera ocurre cuando la víctima y el ofensor comparten un mismo hogar (Convivientes, padrastros, hermanastros, etc.).

De la misma forma, se ha señalado la importancia de definir desde un principio en la investigación las situaciones y el tipo de acciones que serán consideradas violentas. En general, las estrategias que se siguen en las investigaciones son básicamente dos: la primera es dejar que el entrevistado defina cuando esta frente a una situación de violencia de acuerdo con su propia percepción; y la segunda es cuando se entrega a las personas entrevistadas una lista de actos que han sido previamente definidos como violentos por los investigadores.

Por otra parte, se considera insuficiente contar únicamente con un análisis de la relación entre las personas y definir la naturaleza de los actos, puesto que también deberían tomarse en cuenta la intensidad y la frecuencia con que deben suceder los episodios de agresión para que la situación se defina como de violencia familiar. Existen autores como Corsi (1990) y Traverso (2000), por ejemplo, quienes plantean que para definir una situación familiar como un caso de violencia doméstica la relación de abuso debe ser crónica.

Traverso (2000) agrupa las investigaciones realizadas en América Latina en tres categorías: la primera se refiere a estudios de violencia de tipo descriptivos; la segunda corresponde a estudios que estiman la dimensión de la violencia y analizan sus consecuencias, identificando y describiendo los factores de riesgo que inciden en el problema; y la tercera está configurada por estudios que evalúan la implantación de políticas públicas y la aplicación de la ley.

1.9.1 Estudios de tipo descriptivo

En todos los países de la región se han realizado estudios de tipo descriptivo con el doble propósito de definir las características de las situaciones de violencia y describir el contexto en que las mujeres realizan denuncias, y para estimar el número de mujeres que

solicitan ayuda para resolver su problema. Estos se basan en datos e información de tipo cualitativo y cuantitativo que provienen de los registros de diversos servicios asistenciales o centros de atención a víctimas donde las mujeres maltratadas denuncian sus casos o solicitan ayuda. Los datos de tipo cualitativo se obtienen a través de entrevistas en profundidad, historias de vida, así como el análisis de contenido de documentos o de grupos de discusión. Además de ilustrar aspectos específicos de la relación violencia/salud, dichos estudios explican las causas por las cuales algunas mujeres se resisten a denunciar la relación violenta y tienen dificultad para abandonarla. Aquí no se pretende establecer la magnitud del problema, sino los antecedentes sobre las manifestaciones de maltrato, las características en las que se da la situación de violencia familiar, las reacciones más frecuentes de las mujeres ante la situación, las características de los agresores y la cultura imperante en los países de la región. Por lo tanto, los centros especializados de atención a víctimas u otros servicios asistenciales pueden constituir una importante fuente de datos en la medida en que los casos hayan sido registrados de manera regular y por periodos prolongados.

Los resultados de los estudios descriptivos coinciden en señalar que para la mujer el hogar constituye el espacio de mayor riesgo. Las lesiones, agresiones, abuso sexual y homicidio contra la mujer son cometidos con mayor frecuencia por su esposo o conviviente, en el contexto de una relación de pareja. Se identifica con mayor frecuencia la agresión psicológica y la que se clasifica como violencia física leve, pero en general, cuando hay violencia física grave y abuso sexual, se da simultáneamente la psicológica. Asimismo, se ha observado que el sector atareado de mayor riesgo es el correspondiente a mujeres entre los 24 y 45 años, quienes con frecuencia identifican el control excesivo que la pareja ejerce sobre ella como causa de los actos de violencia.

La mujer maltratada tiende a no denunciar los incidentes de violencia doméstica a la policía o al sistema judicial. Sin embargo, recientemente se ha registrado un aumento de denuncias en algunos países, el cual por lo general coincide con la expedición de leyes específicas, con las campañas de difusión de las mujeres o con la apertura de centros especializados de atención a las víctimas. Por ello es de vital importancia realizar un análisis contextual que dé cuenta de estos factores con el fin de evitar deducciones erróneas, como podría ser la conclusión de que el aumento de denuncias es consecuencia del aumento de la violencia.

1.9.2 Estudios de impacto de la violencia

En los últimos años se han realizado estudios de prevalencia en los que se utilizan muestras representativas de la población para analizar el problema, aproximándose así a la dimensión real de la violencia doméstica. Es así como se han superado muchas de las limitaciones encontradas en las investigaciones anteriores, donde únicamente se conocía la situación de la mujer que hacía denuncias o solicitaba ayuda a alguna entidad pública o privada, la recopilación de datos se hace por lo general a través de entrevistas y se los puede generalizar al conjunto de familias de una localidad o país.

El instrumento realizado por Straus y Gelles (1990) a fines de la década de los años setenta –la escala de tácticas de conflicto- es el que se utiliza con mayor frecuencia para medir la prevalencia de la violencia doméstica. Dicho instrumento mide tres niveles de conflicto: en primer lugar, el uso de la discusión racional y el acuerdo; en segundo lugar, el uso de las agresiones verbales o no verbales de ira u hostilidad como son insultar, ... salir dando un portazo y amenazar con golpear; y en tercer lugar el uso de la fuerza o violencia física, lo cual incluye lanzar un objeto, empujar y golpear. Una de las limitaciones en relación con ...uso de esta metodología –señalada por sus autores, es que sólo se recoge información de quienes están dispuestos a darla, y por lo tanto no muestra la dimensión real del problema. Dado que las escalas de conflicto sólo miden conductas, es muy poco probable que se obtenga información sobre las motivaciones, actitudes e interacciones presentadas. En cambio, los estudios de caso o las evaluaciones clínicas pueden recoger este tipo de información con mayor profundidad.

Entre los aportes hechos por este tipo de estudios cabe destacar que muestran tanto la alta prevalencia del maltrato en la pareja como también la frecuencia elevada de incidentes de violencia. Los resultados de estas investigaciones han permitido comprobar que éste es un problema más grave y constante de lo previsto que afecta al grupo familiar en su conjunto y a una parte importante de la población femenina, independientemente del sector social al cual pertenezca.

Otra contribución importante de estas investigaciones es la identificación y la sistematización de los factores de riesgo. Cuando se trata de establecer el origen de la violencia y de entender la razón por la cual una relación de pareja –supuestamente basada en sentimientos de afecto y deseos de protección- se transforma en algo violento y destructivo, se han identificado aquellos factores que inciden con mayor frecuencia en este tipo de relación,

esto es, los denominados factores de riesgo. Dado que la violencia se origina en múltiples factores, se utiliza un modelo multicausal que permite explicar por qué se precipitan los comportamientos violentos y por qué en algunos casos constituyen episodios aislados, mientras que en otros configuran un problema estructural en la relación.

Entre los factores de riesgo más significativos se han identificado algunos que se manifiestan en el individuo y otros que son de origen social o cultural. Entre los de tipo individual más frecuentes están el alcoholismo, el bajo nivel educacional del agresor (en el caso de la violencia física), la ausencia de vínculo matrimonial formal y el hecho de haber estado expuestos a violencia durante la niñez, ya sea como víctima o como testigo. Entre los de tipo sociocultural figuran la pobreza del hogar y el alto nivel de poder y control que ejerce el hombre agresor dentro de la familia. Además de estos factores, en algunos estudios se ha observado que la incidencia de violencia es mayor en los lugares urbanos con un alto número de hijos (Ellsberg, 1996). Otras investigaciones han analizado el efecto que tienen en la violencia variables como el estrés, el aislamiento social de la pareja, las dificultades de la comunicación, la duración del matrimonio, el alto nivel jerárquico de la organización familiar y la violencia conyugal de los padres y de los suegros de la víctima (Larraín, 1994; Ferreira, 1989; Minuchin, 1991). También han sido analizados tanto los aspectos derivados de la cultura patriarcal y su influencia en la violencia como las deficiencias de control social y del sistema legal para sancionar la violencia familiar (Adams, 1988; Kaufman, 1993; Larraín y Rodríguez, 1993; Walter, 1994).

1.9.3 Estudios de impacto de las políticas públicas en la situación de la mujer maltratada

Con el propósito de medir el impacto de las políticas públicas en la situación de la mujer maltratada por su pareja, recientemente en algunos países de América Latina se han realizado estudios que se centran principalmente en evaluar la incidencia que tiene la aplicación de la ley y en identificar los costos incurridos por los servicios que ofrecen atención a la mujer que vive una situación de violencia doméstica. Dado que hasta la fecha no se han hecho estudios que midan la efectividad de las intervenciones existentes para prevenir y mejorar la situación de violencia, no ha sido posible determinar cuáles son realmente exitosas y, por lo tanto, en cuáles es conveniente intervenir.

Los resultados de estos estudios señalan diversas dificultades con respecto a la falta de sanciones, a la falta de medicina legal, a la exigencia de que la víctima rinda el mismo

testimonio en distintas instancias, y principalmente con respecto a la falta de formación de los funcionarios policiales y de otros que ofrecen servicios de atención a las mujeres maltratadas. Asimismo, estos estudios han puesto de manifiesto los mitos que persisten entre los actores sociales de variados sectores, así como las deficiencias de los sistemas de registro, lo cual impide que se cuente con datos confiables. Se ha observado que los gastos administrativos son muy altos como consecuencia tanto de la inexistencia de formatos de denuncia estandarizados como de la ausencia de mecanismos de derivación y seguimiento de los casos (Htun, 1998).

En general, se ha hecho evidente que las políticas y programas públicos que están comenzando a implementarse para dar respuesta al problema y apoyar a las víctimas adolecen de grandes deficiencias de tipo administrativo. Por otra parte, los funcionarios responsables de ofrecer servicios a la mujer maltratada están a menudo insuficientemente preparados para desempeñar adecuadamente su función. Si se superan estas debilidades del sistema, el sector público podrá hacer correcciones y ajustes para ofrecer una respuesta más adecuada y eficiente.

Se puede concluir entonces que aunque las investigaciones y estudios sobre violencia doméstica son recientes en la región, estos han arrojado resultados que permiten estimar con mayor precisión la magnitud real del problema, entender sus características, identificar los factores que originan los episodios de violencia, estimar sus consecuencias y orientar futuros estudios. En la medida en que se continúe examinando la situación de violencia doméstica en cada país, será posible educar a la población sobre las consecuencias individuales y sociales de este grave problema y diseñar medios que tengan un efecto decisivo en la prevención y en los servicios que ofrezcan a las personas que lo sufren.

1.9.4 Estudio Comparativo

Según Corsi (1995), un estudio comparativo de la situación de distintos países en lo que concierne a la evolución del enfoque asistencial y preventivo de la violencia intrafamiliar muestra que las iniciativas gubernamentales y no gubernamentales siguen una secuencia en la que se pueden reconocer diversas etapas:

- En un primer momento, los esfuerzos se dirigen hacia la denuncia del problema, intentando instalar en la sociedad una conciencia progresiva de su gravedad.
- Casi simultáneamente, aparecen los primeros programas destinados a la atención de las víctimas de la violencia doméstica.

- Más tarde se intenta sistematizar los datos acerca de la problemática, con el énfasis puesto en la cuantificación del fenómeno y la descripción de sus formas más habituales.
- A la luz de los primeros resultados de la investigación, se formulan algunos proyectos y políticas tendientes a la prevención de la violencia intrafamiliar (incluyendo reformas legislativas, capacitación de los sectores de Salud, Educación y Justicia, y trabajo sistemático con los medios masivos de comunicación.
- Simultáneamente, comienza un proceso de evaluación de los resultados de los Programas de Asistencia a las Víctimas implementados por organizaciones gubernamentales y no gubernamentales.
- Es en este momento cuando suele aparecer la necesidad de generar un recurso de asistencia para los agentes perpetradores de la violencia en el contexto doméstico, dado que el número de mujeres participantes en los programas ha crecido lo suficiente como para generar una presión con el objetivo de exigir que los hombres se hagan cargo de su violencia y asuman el objetivo de su propia rehabilitación. Otro argumento frecuente en este sentido, es la comprobación de que en los casos en que las mujeres se divorcian de sus compañeros violentos, al poco tiempo éstos vuelven a continuar una nueva pareja y la violencia sólo se ha desplazado de una mujer a otra.

En Argentina estas etapas se han ido desarrollando desde 1984, pero sólo a partir de 1991 se ha empezado a trabajar de forma organizada institucionalmente en programas para hombres violentos. A partir de la experiencia obtenida, Corsi plantea la hipótesis de que la línea divisoria entre esfuerzos productivos e improductivos en lo que respecta a los encuadres de trabajo con los hombres violentos pasa por la consideración de tres ejes simultáneos.

1. Abordaje individual – Abordaje grupal
2. Espacio privado – Espacio público institucional
3. Modelos específicos – Modelos inespecíficos

Los hombres tratados individualmente en espacios privados (por ejemplo, el consultorio de un psicólogo clínico) son los que menos respuesta positiva tienen en lo que respecta a la modificación de su conducta violenta. Cuando son tratados individualmente en espacios públicos (por ejemplo, en un hospital), se incrementa el grado de control sobre su conducta violenta, pero la deserción es temprana y no suelen perdurar los logros obtenidos. En ambos casos de abordajes individuales, el profesional que interviene debe enfrentarse con una actitud poco colaboradora por parte del hombre, o bien un intento de desviar el eje del

tratamiento hacia otras cuestiones alejadas de su conducta violenta. La inclusión del hombre en un grupo opera a modo de neutralizador de sus habituales mecanismos de minimización, atribución sexual externa y desresponsabilización de las consecuencias de su conducta. El hombre puede comenzar a percibirse a sí mismo como incluido dentro de un conjunto de hombres que comparten formas de sentir, pensar y actuar y, en consecuencia, puede ver con más claridad en los otros aquellos rasgos que se niegan a reconocer como propios.

El modelo de grupo para hombres violentos, contextualizado en un espacio público institucional, es el que mejor responde a los objetivos planteados en el trabajo.

1. Controlar y detener la conducta violenta.
2. Mejorar las habilidades sociales y comunicacionales.
3. Promover la flexibilización de los roles de género estereotipados.
4. Disminuir el aislamiento social.
5. Revisar creencias culturales que contribuyen a legitimar la violencia.
6. Incrementar la autoestima y la asertividad.

Esto se relaciona con la utilización de los modelos teórico-técnicos específicos para el trabajo en violencia doméstica. Se entiende por modelos específicos aquellos que consideran el corpus teórico derivado de las investigaciones específicas en el campo de la violencia familiar, y adoptan una metodología acorde con el objetivo primario de preservar la integridad física y psíquica de las víctimas, anteponiéndolo a cualquier otra consideración de orden teórico o técnico.

Los modelos específicos, intentan aplicar metodologías de abordaje que son comunes a otras problemáticas como, tratamientos psicoanalíticos y terapias familiares, sin considerar la especificidad del fenómeno de la violencia doméstica entendida como problema social.

De acuerdo con Corsi, la experiencia obtenida en el campo de los programas de recuperación de hombres violentos, indica la conveniencia de utilizar modelos específicos, con formato grupal y en contextos institucionales, ya que de ese modo se contribuye a romper con el aislamiento y la privacidad, elementos que perpetúan la violencia como método para mantener el control dentro de las relaciones íntimas.

1.10 TRATAMIENTOS

1.10.1 Un Modelo de Intervención Grupal con Hombres que ejercen la Violencia en el Contexto Doméstico

Este modelo de intervención es el propuesto por Corsi (1995) en el cual parte de que la conducta violenta en el medio intrafamiliar surge de las relaciones de poder dentro de la familia. Entendida como una forma de uso abusivo del poder, la violencia masculina está atravesada por legitimaciones culturales que surgen de la socialización de género. Por lo tanto, este modelo no puede dejar de apoyarse en conceptos tales como *poder* y *género*.

En este sentido, el trabajo con hombres violentos está orientado hacia el logro de un nuevo equilibrio de poder, que tiende a horizontalizar los vínculos intergenéricos, y a una revisión profunda de los estereotipos de género que están en la base de los sistemas masculinos de creencias, y que legitiman la violencia ejercida hacia las mujeres.

Para conceptualizar en términos psicosociales el problema de la violencia masculina intrafamiliar, toma en consideración un modelo que identifica, en su interacción, los aspectos cognitivos, afectivos y comportamentales para delimitar el perfil de los hombres violentos. Los rasgos que permiten la identificación de los hombres que ejercen la violencia en el ámbito doméstico han sido agrupados de modo que proporcionen un instrumento descriptivo, y a la vez operativo. Al mismo tiempo que permita describir las características centrales de estos hombres, el modelo proporciona los elementos básicos sobre los que se debe intervenir en el transcurso de un programa de tratamiento.

➤ *Aspectos Metodológicos*

En el comienzo del trabajo, Corsi adopta como guías metodológicas las propuestas por Sonkin y Durphy (1982) en Estados Unidos, y David Currie (1985) en Canadá. Básicamente, se trata de modelos grupales de duración limitada a un cierto número de reuniones, con tareas programadas que adoptan un formato psicoeducativo. Posteriormente, a través de las experiencias obtenidas, se introducen algunas modificaciones metodológicas, en primer lugar, definiendo dos niveles para el trabajo grupal: *nivel inicial* y *nivel avanzado*.

En el nivel inicial se trabaja con un formato de *grupo abierto*. Esto significa que, una vez cumplida la entrevista de admisión –que tienen como objetivo evaluar la pertinencia de la consulta y la aptitud del hombre para ser incluido en un grupo–, los hombres ingresan en el

grupo, donde son recibidos por los coordinadores y por otros integrantes del grupo con distintos tiempos de pertenencia. Esto implica que cuando un nuevo miembro se incorpora, percibe de inmediato una estructura grupal en funcionamiento y necesita rápidamente adecuarse a ella. Hemos observado que un fenómeno derivado es que disminuyen notablemente los esfuerzos que los hombres realizan para minimizar, negar u ocultar su conducta violenta, ya que observan en los otros miembros una actitud de responsabilidad por su violencia. Al mismo tiempo los participantes más antiguos colaboran transmitiendo su experiencia a los nuevos miembros, lo cual es aceptado de mejor grado que cuando las consignas son expuestas por los coordinadores, a los que inicialmente se suele identificar como una especie de jueces.

En el transcurso de este primer nivel de grupo, se trabaja fundamentalmente con el objetivo de detener la conducta violenta. Se trabaja con el polo comportamental. Los objetivos iniciales tienden a lograr que los hombres se responsabilicen por su conducta violenta, y que revean el hecho de atribuirle a factores externos.

El pasar del *nivel inicial* al *nivel avanzado* a un miembro del grupo depende de dos factores:

1. Que haya cesado la conducta violenta (hecho verificado por el testimonio de la mujer, en el caso de que la convivencia continúe).
2. Que exprese claramente sus necesidades de cambio, asumida como decisión propia y no como resultado de presiones externas.

El grupo de segundo nivel, o avanzado, adopta, por lo tanto, un formato semicerrado, ya que la incorporación de nuevos miembros se realiza periódicamente, permitiendo así un trabajo más personalizado y con mayor compromiso en la tarea de los miembros del grupo. En este nivel suele focalizarse el trabajo alrededor de la violencia emocional, con el empleo de técnicas de *role-playing*, entrenamiento en asertividad y en comunicación interpersonal y, fundamentalmente, se promueve el trabajo con las propias emociones y su expresión. Los hombres que acceden a este nivel también proponen el trabajo con aspectos dolorosos de su propia historia.

Es importante destacar que, aun en los casos que se produce el egreso del programa, la consigna recibida por los hombres que participan en él es que en ningún momento deben considerarse “curados” en lo que se refiere a su potencial de violencia. Se define la nueva

habilidad que han adquirido para resolver conflictos interpersonales de forma no violenta, pero esto requiere una tarea permanente de auto control y de afianzamiento de los logros obtenidos.

➤ *Los Modelos de Asistencia*

A lo largo de las últimas décadas se han utilizado distintos modelos explicativos con el propósito de entender y abordar la problemática de la violencia familiar, modelos de los cuales se derivan los correspondientes formatos de tratamiento y asistencia. Esto muestra la creciente preocupación social, orientada a la búsqueda de marcos conceptuales más amplios, a fin de encontrar modelos de asistencia que puedan brindar respuestas más específicas al problema.

Los primeros modelos de asistencia se desprendieron de la concepción según la cual la persona que ejercía violencia en el hogar era víctima de trastornos mentales, por lo cual la violencia era reducida a un plano individual y patológico, y el único modelo asistencial posible era el representado por las terapias tradicionales y/o la prescripción de psicofármacos.

Este modelo explicativo no pudo aclarar por qué la “enfermedad mental” que produciría la conducta violenta se manifestaba, en la mayoría de los casos, exclusivamente contra la esposa y/o los hijos, y dentro de los límites de la privacidad del hogar.

Otra variante de este modelo es la que relaciona el comportamiento del hombre violento con el consumo de alcohol y drogas. En realidad, alcohol y drogas son agravantes o facilitadores de la conducta violenta, pero no sus causas. La experiencia asistencial muestra que el consumo de alcohol, cuando antecede al episodio de la violencia, posteriormente es utilizado como motivo de culpa, y esta vez el alcohol o la sustancia ingerida cargará con la responsabilidad de la conducta violenta.

Según Corsi, los modelos de asistencia son el producto de una cosmovisión muchas veces implícita, pero que se visibilizan en la implementación del tratamiento elegido, o bien con la explicación que se intenta dar al problema. Con frecuencia, están atravesados por ideas sin suficiente apoyo empírico, aunque socialmente aceptadas como verdaderas acerca de lo “normal” y lo “anormal” en el comportamiento humano, que se constituyen en mitos que sustentan la discriminación de género, ocultos bajo la apariencia de teorías científicas. La hipótesis de que el comportamiento de la víctima es la causa de la reacción violenta en el hombre no sólo es utilizada por los mismos hombres sino que constituye instaurado en la sociedad, y como tal, orienta las teorías de los profesionales, al momento de tratar de entender y explicar esta problemática, en la cual la discriminación y la desvalorización histórica de la mujer constituyen elementos siempre presentes.

Los modelos sociológicos sí han tenido en cuenta el factor de la discriminación y el dominio del hombre hacia la mujer en tanto elementos constitutivos de la cultura patriarcal, así como también han tomado en cuenta, para la explicación del problema, distintas variables tales como la clase social, el impacto del estrés, la distribución de roles y del poder en la sociedad y la familia, etc. Este modelo conceptual, si bien aporta nociones de indudable importancia, no puede explicar la totalidad de la problemática; por otra parte, tampoco puede derivarse metodológicamente en modelos de asistencia concretos, pues los cambios socioeconómicos, ideológicos y culturales que son su basamento tardan muchísimo tiempo en producirse. No obstante, posibilita el diseño de estrategias de prevención a pequeña escala, especialmente en el área educativa, en lo referente a la horizontalidad del poder entre hombres y mujeres, la no discriminación de género, etc.

Los distintos modelos conceptuales suelen reducir el problema a la óptica parcial de cada disciplina: los teóricos de la enfermedad mental y el uso de alcohol o sustancias se centran en el individuo casi exclusivamente, y a veces incluyen también su entorno familiar, pero en los hechos no consideran las influencias sociales más abarcativas; el modelo sociológico sí las contempla, y se centra en ellas pero sin poder profundizar otros niveles de análisis.

El modelo ecológico, propuesto por Bronfenbrenner (1979) y adaptado por Corsi (1994) a la problemática de la violencia familiar, aporta, en primer lugar, el concepto de persona en desarrollo, y marca así lo dinámico de la existencia humana, que siempre interactúa dialécticamente con su entorno, es decir lo modifica a la vez que es modificado por él.

En su trabajo, Corsi (1994) señala, que desde una perspectiva ecológica, es necesario considerar simultáneamente los distintos contextos en los que se desarrolla una persona, si no se quiere recortarla y aislarla de su entorno ecológico:

- El contexto más amplio (**macrosistema**) nos remite a las formas de organización social, los sistemas de creencias y los estilos de vida que prevalecen en una cultura o subcultura en particular. Son patrones generalizados que impregnan los distintos niveles de una sociedad (como la cultura patriarcal).
- El segundo nivel (exosistema) está compuesto por la comunidad más próxima, que incluye las instituciones mediadoras entre el nivel de la cultura y el nivel individual: la escuela, la iglesia, los medios de comunicación, los ámbitos laborales, las instituciones recreativas, los organismos judiciales y de seguridad.

- El contexto más reducido (microsistema) se refiere a la relación cara a cara que constituye la red vincular más próxima a la persona. Dentro de esa red, juega un papel privilegiado la familia, entendida como estructura básica del microsistema.

La adaptación de este modelo, realizada por Corsi (1994) implicó la inserción de un nivel individual como un subsistema dentro del microsistema, y que puede ser analizado desde cuatro dimensiones psicológicas interdependientes: cognitiva, conductual, psicodinámica e interaccional.

Respecto al problema específico de la violencia masculina intrafamiliar es necesario la consideración simultánea de factores macrosistémicos, exosistémicos y microsistémicos; además de las características psicológicas de los hombres violentos.

➤ *La Admisión*

De acuerdo con Sonkin, Martin y Walker (1985), cuando un hombre llega a un servicio especializado en violencia doméstica, quienes están a cargo de su admisión deben poder evaluar en las primeras entrevistas:

1. El grado de peligrosidad actual de la conducta violenta.
2. El grado de motivación para el cambio.
3. La posibilidad de su inclusión en un grupo.

En ese momento es necesario ayudarlo a transformar una presión externa en una motivación propia. Esta tarea se lleva a cabo durante la aplicación del instrumento utilizado para este momento del proceso (la Ficha de Admisión).

La utilización de la Ficha de Admisión permite evaluar su situación de manera más completa, y así poder seleccionar la mejor estrategia para que acepte recibir ayuda, haciendo los ajustes necesarios para cada caso. En este sentido, un dato importante que conviene tener presente es el hecho de que ésta puede ser la primera y última vez que se presente al servicio. La Ficha de Admisión fue pensada y diseñada de modo que, aunque sea el único contacto que se tenga con el hombre, éste se lleve algo que le pueda ser de utilidad (Corsi, 1995).

➤ *El Proceso Grupal*

Tomando el modelo ecológico como marco conceptual, la problemática de los hombres violentos necesita ser abordada a partir de un encuadre metodológico que permita modificar el modelo de aislamiento y privacidad que garantiza la perpetuación de la conducta violenta. La introducción de una mirada externa sobre ella sólo es posible cuando se trabaja de forma grupal. En el caso de tener dudas respecto al diagnóstico, o si el cuadro está agravado por la

presencia de otras problemáticas (como alcoholismo u otras adicciones), puede ser necesario otro tipo de intervención profesional específica (en tales casos es canalizado). Para poder completar el diagnóstico diferencial, en algunos casos resulta necesario realizar dos o tres entrevistas individuales más, a continuación de la entrevista de admisión; se trata de casos en los que en el relato hay aspectos poco claros, o bien cuando alguna característica del hombre, como su aislamiento, se presenta sobre dimensionada, y requiere, por lo tanto, de un abordaje personalizado previo a la inserción grupal.

Este modelo de grupo para hombres violentos, con algunas adaptaciones, fue tomado del diseñado por Currie (1987), en Canadá.

El modelo para este programa es psicoeducacional. A veces se trabaja con información específica prevista para los hombres (tal como definiciones y formas de violencia, estereotipos del rol masculino y femenino). Otras veces el énfasis está puesto en cambiar las actitudes (hacia sí mismos y hacia las mujeres) que contribuyeron a la conducta violenta.

El concepto de *grupo psicoeducativo* alude al hecho de que no se trata estrictamente de un grupo psicoterapéutico ni tampoco de un grupo de aprendizaje, pero sin embargo combina objetivos y procedimientos que son propios de cada uno de ellos.

★ *Grupos Abierto y Cerrados*

La estructura de los Grupos de Asistencia a Hombres Violentos puede tomar cualquiera de estas dos modalidades:

Los grupos cerrados tienen una duración de tres meses, con una frecuencia semanal y reuniones grupales de noventa minutos de duración cada una. En este formato grupal, los temas fijados previamente para cada uno de los encuentros. De acuerdo con Currie (1985), los principales temas para distribuir en las doce semanas de trabajo son:

1. Responsabilización por la propia conducta violenta.
2. Reconocimiento de las señales de previolencia.
3. Identificación de sentimientos y emociones.
4. Identificación de ideas y creencias.
5. Alternativas a la violencia.
6. Utilización del tiempo personal.
7. Roles de género (masculino-femenino).
8. Discusión del diagrama de dependencia.

Cada reunión está estructurada en momentos, lo cual le confiere características más cercanas al grupo pedagógico. El rol de los coordinadores es directivo: transmisión de consignas, propuesta de temas y asignación de tareas.

Esta modalidad, según Corsi (1995), al menos presenta tres dificultades:

El grupo, para poder comenzar a funcionar, deberá tener un mínimo de 8 a 10 participantes.

Hasta el momento en que se complete el número de integrantes suficiente para dar comienzo a la tarea grupal, quienes se acerquen al servicio deberán esperar a que se pueda conformar.

Dado el número limitado de reuniones, no es posible volver a profundizar los temas abordados con los miembros que hayan estado ausentes durante su tratamiento y elaboración.

El grupo abierto en cambio, se caracteriza por no tener una fecha de finalización, lo cual permite la incorporación de miembros en diferentes momentos del desarrollo de la tarea grupal. Esta modalidad de trabajo, que también tiene una frecuencia semanal con una duración de noventa minutos por reunión, permite retomar y trabajar distintos temas en diferentes momentos, a la vez que proporciona a los miembros una mayor cantidad de tiempo disponible para hablar de su problemática.

En un grupo abierto, un mismo tema o problema surgirá una y otra vez, no sólo por la presencia de nuevos integrantes sino por que su abordaje, profundizado en el grupo y entendido por los participantes, no garantiza que su resolución en la práctica sea exitosa. Ellos deberán estar preparados para estos fracasos: esta aparente disociación entre el entender (dimensión cognitiva) y el llevar a la práctica (dimensión conductual) es frecuente, dado que las conductas adquiridas a través de veinte, treinta o cuarenta años de vida suelen ser resistentes al cambio, aún con algunas semanas o meses de trabajo terapéutico focalizado en el problema.

Las incorporaciones que se producen en un grupo abierto, a la vez que compensan las deserciones, posibilitan que los integrantes más antiguos puedan mirarse en un espejo que les resulta conocido.

- ***La secuencia de las sesiones***

Cuando los grupos psicoeducativos adoptan la modalidad de grupo cerrado, su secuencia está claramente establecida de antemano, y todos los integrantes conocen desde el inicio los contenidos que se desarrollarán en cada una de ellas. Existe un programa de trabajo

que es necesario respetar para garantizar el tratamiento de los temas diseñados con el fin de alcanzar los objetivos propuestos. Al adoptar la modalidad de grupo abierto, en el que los temas son retomados una y otra vez la secuencia no puede ser totalmente respetada.

▪ ***Los objetivos del tratamiento***

El objetivo principal del trabajo con hombres violentos es lograr que dejen de utilizar la violencia física y/o psicológica como método de ejercicio del poder intrafamiliar. Pero para poder lograr este objetivo general y, lo que resulta tal vez más difícil, poder sostenerlo regularmente en el futuro, es imprescindible tener en cuenta una lista de objetivos específicos, que se apoyan conceptualmente en el modelo ecológico que se utiliza para la comprensión de la violencia familiar y que orienta la intervención en este campo. Según Stith y Rosen (1990), los factores asociados con la violencia conyugal que deben ser tenidos en cuenta a la hora de formular objetivos son los que se muestran en la Tabla 5:

<ul style="list-style-type: none">➤ Actitudes estereotipadas del rol de género.➤ Actitudes que apoyan el uso de la violencia para mantener el poder en la familia.➤ Un pobre control de los impulsos.➤ Malos tratos o exposición a malos tratos en la infancia.➤ Estrés intenso en la vida diaria actual.➤ Inadecuadas competencias de relación.➤ Aislamiento.
--

Tabla 5.

Cada uno de estos factores debería servir como guía para la formulación de los objetivos específicos del proceso de recuperación de hombres violentos. Corsi (1995) enfatiza los siguientes objetivos:

- *La revisión de conductas y roles según los estereotipos de género*, desde una perspectiva cognitivo-conductual, se podría decir que si las ideas y creencias acerca de roles de género y las relativas a los temas del poder y la obediencia no son revisadas, no habrá cambios reales, aunque existan algunos logros en la modificación de conductas.
- *La revisión de las racionalizaciones que contribuyen a justificar la conducta violenta*. Incluye el entrenamiento en las capacidades de diferenciar, distinguir, discriminar, discernir, como alternativa a la utilización del pensamiento dicotómico, modo habitual como los hombres violentos conceptualizan y describen las situaciones de las cuales son protagonistas. Cuando lo hacen, se ubican dentro de estrechos márgenes cognitivos, siempre oposicionales y terminantes, a modo de blanco-negro, todo-nada, siempre-nunca.

- *El control de los impulsos.* Implica un primer estadio de revisión del concepto de impulso incontrolable o irrefrenable. Es necesario aclarar que, con excepción de un muy pequeño porcentaje de casos (asociados a alguna forma específica de disfunción cerebral), la conducta violenta no es el resultado de un impulso imposible de controlar. Esto queda demostrado por el hecho de que dicha conducta no se manifiesta en cualquier momento o lugar, sino sólo en contextos privados o íntimos. Luego de este primer momento de trabajo en el plano cognitivo, resulta posible avanzar hacia la implementación de técnicas de autocontrol, especialmente referidas a la violencia física.
- *La revisión de aspectos de la historia personal.* Especialmente en lo relacionado a las experiencias de malos tratos (ya sea como víctimas o como testigos) vividas durante la infancia y la adolescencia, suele ser un aspecto clave en el proceso de recuperación de los hombres violentos. A menudo puede identificar como tales los malos tratos recibidos, sólo a partir de la elaboración grupal de estos recuerdos. El proceso de naturalización de la violencia tiene su origen en esos primeros modelos y por lo tanto, es necesario que sean analizados a la luz de nuevas premisas que no justifiquen la violencia como modo de resolver problemas.
- *El incremento de sus habilidades sociales.* Implica la posibilidad de mejorar su competencia en lo que respecta a las relaciones interpersonales, especialmente en situaciones críticas o conflictivas. Incluye, entre otros, el trabajo para desarrollar un mayor grado de asertividad y el entrenamiento en la solución de problemas interpersonales (por ejemplo, incorporando modalidades de negociación en la resolución de conflictos). Este objetivo parte de la hipótesis de que los hombres violentos recurren al modo agresivo de respuesta ante situaciones generadoras de ansiedad, entre otros motivos por la carencia de modelos alternativos para la resolución de conflictos interpersonales.
- *La disminución del aislamiento social.* Es otro de los objetivos del tratamiento. En algunos casos, el aislamiento social se manifiesta con la forma de encapsulamiento en las relaciones primarias. Sin embargo, la mayoría de las veces no implica una carencia absoluta de relaciones sociales; muchos hombres pueden dar cuenta de una aparente multiplicidad de vínculos sociales, pero en ellos el nivel de comunicación nunca pasa de lo formal, esto es, no ponen en juego el compromiso emocional ni pueden compartir aspectos íntimos de su experiencia de vida.

➤ *El incremento de la autoestima.* Es un objetivo globalizador. Se va alcanzando como producto de: a) la revisión de modelos y de conductas; b) el proceso de aprender nuevas posibilidades de expresarse y comunicarse; c) lograr ser menos dependientes de los demás; d) responsabilizarse por su conducta y por el cuidado de su persona, y e) poder incrementar su autocontrol. Todo esto es lo que, paradójicamente, una real dimensión de libertad y valoración personales, ya que anteriormente estaban basadas en la medida en que podían tener dominio y control sobre los otros.

▪ ***Procedimientos terapéuticos específicos***

Se da prioridad al trabajo con el control de la violencia física, para lo cual se utilizan técnicas de autocontrol. Y dado que la violencia emocional está siempre presente, haya habido golpes o no, se propicia la discusión grupal tendiente a encontrar alternativas a la violencia, la que hasta ahora ha emergido como única forma de intentar la resolución de conflictos.

Partiendo de un enfoque multidimensional que, en cada dimensión psicológica, reconoce mecanismos de cambio que son específicos: *el insight, la experiencia emocional correctiva, la reestructuración cognitiva, la modificación del comportamiento, la modificación de pautas comunicacionales.* Cada uno de estos mecanismos intenta ser activado a partir de la implementación de técnicas específicas. Una posibilidad de sistematizar la enunciación de dichas técnicas es agruparlas en:

Técnicas orientadas a obtener cambios en el nivel cognitivo.

Técnicas orientadas a obtener cambios en el nivel comportamental.

Técnicas orientadas a promover la elaboración de aspectos de la historia personal.

Técnicas orientadas a promover cambios en el nivel interaccional-comunicacional.

◊ *Las técnicas de autoobservación*

El primer objetivo que se intenta alcanzar mediante las técnicas de autoobservación es que el hombre comience a discernir y diferenciar sus pensamientos de sus sentimientos. Esta tarea suele requerir de tiempo, y va de la mano con una actitud fundamental: estar sumamente atentos a sí mismos y a los mensajes provenientes de sus propias autopercepciones, lo cual es lo opuesto de lo que habían venido haciendo hasta ahora: centrar la atención en el afuera – especialmente en el comportamiento de la compañera- y no registrar los motivos propios asociados a su conducta.

Un instrumento que permite organizar estas técnicas de autoobservación es el Registro de Sentimientos Agresivos. Consiste en una hoja dividida en cuatro columnas, en la que deben

llevar el registro diario de situaciones asociadas con interacciones violentas, según el siguiente formato:

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN	QUE PENSÉ	QUE SENTÍ	QUE HICE

❖ *Las técnicas de reestructuración cognitiva*

Además de reconocer las conexiones entre pensamiento, afecto y conducta, es necesario el examen de los pensamientos, las suposiciones, las creencias, las imágenes, etc., que están en la base de la conducta violenta.

La revisión de construcciones cognitivas requiere, en el caso de los hombres violentos, un examen pormenorizado de las situaciones en que las que han ejercido alguna forma de abuso para que establezcan las conexiones existentes entre tal proceso interno y su conducta violenta, reemplazando así su modo habitual de explicar esta última como producto de provocaciones externas.

Es necesario tener en cuenta, para examinarlos grupalmente, los mecanismos que están en la base de las distorsiones cognitivas, descritos por Beck (1979):

Conducta arbitraria (sin evidencia suficiente).

Generalización excesiva (cuando establecen leyes generales a partir de incidentes aislados).

Abstracción selectiva (cuando se consideran sólo los elementos de la situación que apoyan la propia hipótesis, ignorando los que la contradicen).

Maximización (exagerar la magnitud de un suceso).

Minimización (restar importancia o magnitud a un suceso).

Pensamiento dicotómico (moverse entre extremos polarizantes, de tipo todo-nada)

Personalización (interpretar los sucesos como referidos a sí mismo).

El Registro de Sentimientos Agresivos es una tarea que ayuda a lograr estos objetivos, ya que provee elementos para discusión grupal; en el grupo se evaluarán las dificultades que se les presentaron y los beneficios que obtuvieron con la práctica de la autoobservación. La progresiva toma de conciencia acerca de estos puntos contribuye a generar mayores posibilidades de autocontrol.

❖ *Técnicas para el desarrollo de la asertividad*

Según Opazo (1990): una persona es asertiva cuando es capaz de expresar lo que piensa y siente, cuando es capaz de defender con decisión y firmeza sus derechos, sin atropellar los derechos de los demás.

Cuando los hombres van avanzando en su toma de conciencia y logran controlar su conducta abusiva, se suele trabajar sobre la base de otros materiales bibliográficos, especialmente seleccionados, cuya discusión posterior posibilita una mayor profundización de los temas a la vez que contribuye a la identificación de formas más sutiles de ejercer control y dominio en la familia, sobre todo en el plano emocional. Esta modalidad de trabajo se utiliza, por lo general, en los grupos de segundo nivel, cuando las medidas de emergencia para evitar la violencia física han sido incorporadas, y el grado de responsabilización alcanzado posibilita la existencia de discusiones y reflexiones más profundas.

En todos los casos, el trabajo con la asertividad implica simultáneamente un correlato más profundo, relacionado con el incremento de la autoestima, pilar fundamental para el logro de los objetivos planteados.

❖ *Las técnicas de relajación*

La utilización de ejercicios de relajación progresiva, en el contexto de un trabajo grupal más avanzado, permite ir incorporando el cuerpo como algo propio: es allí donde se manifiestan los distintos indicadores físicos previos a una situación violenta, es allí donde se experimenta la tensión y, por lo tanto, es necesario ir detectando y conociendo esos mensajes corporales para poder controlarlos.

Empezar a escuchar los distintos mensajes corporales requiere al mismo tiempo revisar la idea estereotipada que asocia la tensión y el cuidado corporal al ámbito femenino exclusivamente. Aprender a detectar las señales corporales es un requisito para cualquier instrumentación exitosa de las técnicas de control de la violencia física.

❖ *Las técnicas de control de la violencia física*

En la secuencia interaccional que termina con la utilización de alguna forma de violencia física, probablemente existe un momento en el que les resulta muy difícil volverse atrás, por lo que el objetivo terapéutico relacionado con el control de la agresión física es que puedan evitar que llegue ese momento. Para lograrlo, se trabaja con dos niveles complementarios: el entrenamiento en detección de señales de previolencia y la utilización de la técnica de *time-out*.

Una vez percibidos los primeros indicios, deberá interrumpir la discusión y retirarse del lugar en el que se encuentre; esto deberá ser comunicado previamente a la compañera, con el fin de que ella sepa por qué puede interrumpirse una discusión y producirse una salida apresurada.

Stith y Rosen (1990) proponen seis pasos a seguir para la implementación de la técnica del *time-out*:

1. Establecer un acuerdo previo. Planear juntos cómo y cuándo establecer el *time-out*. No es un medio de escapar o una salida fácil. Es una técnica que se emplea de manera cooperativa antes de que los sentimientos hayan llegado a un punto de hacerse incontrolables.
2. Emplear una clave prefijada. Acordar emplear una palabra, frase o gesto que indique que se requiere tiempo para el *time-out*.
3. Tomarse el tiempo fuera.
 - a) Reflexionar sobre lo que realmente está ocurriendo.
 - b) Realizar algún tipo de actividad que ayude a bajar la adrenalina. Una actividad agresiva como golpear una bolsa de arena puede que sólo ayude a mantener la tensión. No beber ni conducir vehículos en ese estado.
4. Retomar la discusión, si es posible. Comprobarlo: “Yo estoy mejor. ¿Cómo estás?”.
5. Compartir sentimientos y pensamientos sobre por qué se hizo necesario recurrir al *time-out*.
6. Planear el paso siguiente.

◊ *El entrenamiento en la modificación de las pautas de comunicación*

En el contexto de un proceso grupal, la modificación de pautas de comunicación implica partir de algunos objetivos básicos:

1. Que el hombre identifique los efectos que producen en la otra persona sus mensajes verbales y no verbales.
2. Que los hombres identifiquen los aspectos que habitualmente son censurados en su conducta comunicativa (deseos, temores, expectativas, etc.).
3. Que reestructuren su estilo comunicativo verbal, entrenándose en el llamado “discurso en primera persona” en reemplazo del discurso orientado hacia el control y la manipulación del otro.

Con esto concluye el modelo presentado por Corsi (1995), y a continuación se muestra otro modelo estructurado para las Unidades de atención y Prevención de la Violencia Familiar.

1.10.2 Modelo de Atención Psicológica para las Unidades de Atención y Prevención de la Violencia Familiar

Otro modelo es el presentado por las UAPVIFs (Modelo de Atención Psicológica para las Unidades de Atención y Prevención de la Violencia Familiar, 2004) para casos de violencia familiar, ya sea en forma grupal o individual. Este modelo, en base a los perfiles tanto de la receptora como del generador de violencia familiar, y obedeciendo a la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar (LAPVF), es presentado de la siguiente manera:

➤ *Etapas del trabajo clínico*

Recepción individual de los usuarios

Consiste en un proceso de intervención en crisis y/o entrevista individual.

Nunca es mayor de 5 sesiones.

Se lleva a cabo una valoración psicoemocional.

Determinación de la modalidad de intervención

En el caso de que el usuario reúna los requisitos psicoemocionales para su atención, se determina el seguimiento (tratamiento) individual o grupal.

Seguimiento (tratamiento) individual

Se da en casos excepcionales.

Se sigue un formato de terapia breve por un periodo no mayor a las doce sesiones.

Seguimiento (tratamiento) grupal.

Existen grupos tanto para generadores como para receptores de violencia.

Se sigue un formato de terapia breve, donde el proceso durará de doce a dieciséis sesiones.

Se trabajan objetivos focalizados.

Evaluación

Al finalizar cualquiera de las dos modalidades de tratamiento, se evalúa con los usuarios la evolución de la problemática y sus recursos para hacerles frente.

Seguimiento

Trabajo social realizará un seguimiento para verificar la recurrencia del problema, si se han mantenido los avances y la virtual erradicación de la violencia familiar.

➤ *Plan de intervención clínica para generadores de violencia*

A continuación se presenta el objetivo general y los objetivos específicos del plan de trabajo, además de las técnicas para alcanzar dichos objetivos.

★ *Objetivo terapéutico para los generadores de violencia familiar*

Propiciar un espacio donde los generadores puedan tocar y expresar sus sentimientos y creencias que subyacen a su conducta violenta a fin de que aprendan a contenerla y/o canalizarla adecuadamente.

▪ *Objetivos terapéuticos específicos*

Generar la demanda a través de la creación de objetivos comunes.

Identificar creencias machistas.

Reconocer la propia conducta violenta, así como sus consecuencias.

Ubicar el origen del aprendizaje que validó el manejo de conflictos por medio del control y la violencia.

Identificar y expresar los sentimientos y emociones asociadas con las actitudes violentas.

Identificar las creencias machistas asociadas a los patrones de violencia (masculinidad culturalmente aprendida).

Mejorar habilidades de comunicación y escucha.

Implementar estrategias de retiro.

Reconocer y manejar la autoestima como elemento fundamental para transformar las actitudes violentas.

Identificar las señales corporales y los estímulos que anticipan un evento de violencia.

Reconocer el momento en que se toma contacto con el enojo y poder alejarse para frenar la violencia.

Para trabajar los objetivos antes mencionados, y de acuerdo con las características que presentan los generadores, se proponen, en la tabla 6, las siguientes técnicas a trabajar dentro de las UAPVIFs:

CARACTERÍSTICAS DE EL GENERADOR	OBJETIVO TERAPÉUTICO	TÉCNICA
Muestran enojo y resistencia por la obligatoriedad de asistir a terapia.	Presentar en grupo a los integrantes, al terapeuta y el programa a trabajar, diseñar conjuntamente el encuadre con sus reglas.	Presentación, integración y encuadre. “¿Por qué estoy aquí?” “Beneficiándome”. “Autoevaluación”

	Generar demanda a través de objetivos comunes, lograr un enganche o adherencia terapéutica.	Sesión informativa. Catarsis “Buscando maneras de mejorar mi vida” “Ventajas y desventajas” “Socializando mi violencia”
Suelen estar afectados por sesgos cognoscitivos relacionados con: creencias equivocadas sobre los roles sexuales y la inferioridad de la mujer.	Confrontar con la ideología de la supremacía masculina. Cuestionar el sistema de valores y creencias de iniquidad sexo-genérica.	“Cultura y roles” Lectura “El mundo al revés”. Lectura del “Más me pega” “La guerra de los sexos” Película “La cama en llamas”
Presentan ideas distorsionadas sobre la legitimación de la violencia como forma de resolver conflictos.	Confrontación con sus derechos, sus obligaciones y las funciones de la UAPVIF.	“Revisando la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar”. “La rueda del poder”.
Negación, minimización o justificación de su violencia	Ampliar la conciencia, percibiendo los efectos de su violencia en otras personas.	“Las cuatro esquinas” “El tribunal”. “La telaraña”. Lectura “Recibí flores hoy”.
Carecen de estrategias adecuadas para resolver sus conflictos.	Rastrear el origen del aprendizaje para la resolución de sus conflictos a través del control, el poder y la violencia.	“El maltratador maltratado” “Mis escuelas” “Mi niño interior” “Culpa-resentimiento-exigencia” “Los cupones caducos” “Mis deseos de venganza”
Egocentrismo y falta de empatía.	Fomentar la empatía e incrementar la sensibilidad sobre el daño causado.	“Silla vacía” “Un día en mi vida y en la de mi compañera”
Masculinidad asignada.	Analizar la cultura y los roles que se les asignan, para ver privilegios, ventajas y desventajas. Confrontar las implicaciones de renuncia.	“Lluvia de ideas” “Si yo fuera mujer...” “Yo como hombre puedo... y debo...”
Dificultad para contactar, manejar y expresar sus sentimientos (temor, tristeza, amor).	Explicar los cinco sentimientos básicos y fomentar el enriquecimiento emocional para decrementar la violencia.	“M.A.T.E.A.” “Emociorama” “Ejercicios psicocorporales” “Señales de cabeza, cuerpo y corazón”.
Limitadas habilidades de comunicación y asertividad deficiente.	Ampliar su rango de expresión emocional para dar a conocer mejor sus necesidades. Enseñar reglas de comunicación asertiva y sus beneficios.	“Reglas de la comunicación asertiva” “Mensajes manipulatorios” “Tengo que... Elijo que...” “Rol-derecho-permisos”.
Responsabilizar a otro sobre su conducta violenta.	Reconocer la dinámica de la violencia familiar a través del binomio (receptor-generator) y fomentar la ruptura del ciclo de la violencia.	“El ciclo de la violencia” “Rompiendo con el círculo” “Corresponsabilidad coparticipación”
Déficit de la autoestima y un ego inflado con aparente complejo de inferioridad.	Incrementar la autoestima y el empoderamiento real.	Construir historias alternativas, confrontar con historias dominantes y reforzamiento de acontecimientos excepcionales (logros aislados y eventos que contradicen su historia oficial). “Polaridades” “La escalera de la autoestima”.

		“chaleco” “Mi árbol y mi vida” “¿Quién soy yo?”
Dependencia emocional.	Fomentar la individuación y la autoafirmación, disminuyendo la reafirmación.	“Mi mundo, su mundo y nuestro mundo” “Cuando yo necesito...”
Temor al abandono.	Confrontar sentimientos de soledad, insatisfacción y patrones de codependencia.	“Entrevista con el miedo” “Externalización” “Revelación”
Celos e inseguridad.	Confrontar con ideas de propiedad privada sobre la pareja y el resultado de los celos.	“La profecía auto-cumplida” o “La tragedia griega” “El boomerang”
Imposición y prepotencia.	Confrontar con patrones de autoridad y disciplina, poder, género y jerarquía.	“Cada vez que someto...” “Género y jerarquía”
Agresividad generalizada e irritabilidad.	Identificar y expresar sentimientos y emociones asociadas con actitudes violentas.	“La telaraña” “Señales de cabeza, cuerpo y corazón” “Retiro” “Plan de seguridad”
Problemas en el control de la ira e impulsividad.	Reconocer la propia conducta violenta como una decisión y sus consecuencias. Subrayar que la violencia familiar en todas sus formas es un delito, y debe erradicarse.	“Técnicas de autocontrol y manejo del estrés” “Identificación de señales” Técnica de “Retiro”
Dificultades sexuales.	Analizar la relación: poder-erotismo-virilidad-abuso y violación.	“Sí para mí, no para mí”. “Mi cuerpo y yo” “Sanando mis heridas” “Mis expectativas y exigencias”
Personas vulnerables ante la frustración. Competencia vs. Colaboración.	Incrementar su tolerancia a la frustración y su capacidad de demora.	“Aprendiendo a ser tolerante” “El mago”.

Tabla 6.

➤ *Plan de intervención clínica para receptoras de violencia*

Los objetivos presentados para las receptoras de violencia son los siguientes:

★ *Objetivo terapéutico para las receptoras de violencia familiar*

Desarrollar y reforzar los recursos internos y los externos de las mujeres receptoras de violencia para poner fin a la situación de abuso, logrando su protección física y emocional.

▪ *Objetivos terapéuticos específicos*

Reconocer la dinámica de la violencia familiar.

Reconocer y clarificar sus necesidades para hacer una formulación pertinente.

Ubicar el origen de su aceptación de la violencia en su familia de origen.

Identificar sus reacciones emocionales ante el maltrato recibido, buscando una manera más saludable de expresarse.

Identificar creencias asociadas a la feminidad para ser capaces de construir una identidad más libre y saludable.

Mejorar habilidades de comunicación que les permitan expresar de forma adecuada sus necesidades.

Incrementar su autoestima para elevar su poder personal y el control sobre su propia vida.

Identificar señales que anticipan un evento de violencia y aprender a romper la secuencia de conductas para frenarlo.

Identificar dudas y temores alrededor del procedimiento jurídico.

Y para el cumplimiento de estos objetivos, presentan las siguientes técnicas en la tabla 7:

CARACTERÍSTICAS DEL PERFIL DE LA MUJER RECEPTORA DE VIOLOENCIA	OBJETIVO TERAÉUTICO	TÉCNICA
Aislamiento social, vergüenza y confusión.	Presentar en grupo a las integrantes, al terapeuta y el programa a trabajar, diseñar conjuntamente el encuadre con sus reglas.	Presentación, integración y encuadre. “¿Por qué estoy aquí?” “Mi vida sin violencia” “Mi apellido” “Desarrollo” “Auto evaluación” Sesión informativa.
Confusión, negación, minimización, sentimientos de inadecuación y responsabilidad del maltrato sufrido.	Informar sobre la Ley de Atención y Prevención a la Violencia Familiar para el D.F. Desmitificar y desnaturalizar el maltrato. Identificar tipos de maltrato sufrido, habilidades para su auto cuidado y responsabilizarse por su seguridad.	“Lluvia de ideas” “Identificando la violencia” “Bote de basura” “Rompecabezas” “Puño serrado” “La tormenta” “Ubicándome en la escala” “La rueda del poder” “Plan de emergencia” “Tirando el maltrato” “La hoja maltratada”
Indecisión, inseguridad y ambivalencia.	Preparar para la audiencia con tareas, en donde pueden ver lo que piden y lo que quieren cambiar, para contrastar con la realidad y diseñar un plan de acción concreto.	“Tareas para empatar” “Intención, expectativas, y exigencias” “Intentos de solución del pasado”
Ideas, pensamientos y actitudes devaluatorias, de subordinación e iniquidad sexo-genérica.	Analizar el papel que juegan la cultura y los roles (atribuciones, expectativas y exigencias sociales). Cuestionar el sistema de creencias y valores imperante.	“La guerra de los sexos” “Mandatos sociales” “Etiquetas y estereotipos” Lectura “El mundo al revés” Lectura “Más me pegas” “Isla de estereotipos femeninos” Cuento de “Hadas” “Cenicienta la feminista” “Entrevista con la feminidad” Película “La cama en llamas”
Fantasías, expectativas poco	Identificar etapas del ciclo de la	“El nudo de la violencia”

realistas y deserción del maltrato.	violencia para sensibilizarlas de la recurrencia, riesgos y recaídas. Fomentar la búsqueda de alternativas para romper el status quo y generar corresponsabilidad.	Lectura “Recibí flores hoy” “La telaraña”. Explicación esquemática.
Represión emocional, y dificultad para poner límites y llega a establecer acuerdos.	Fomentar la identificación, expresión y aceptación de los cinco sentimientos básicos.	“Emociorama” “Ya basta” “M.A.T.E.A” “Silla vacía” Ejercicios psico-corporales. Lectura “El enojo femenino” “Rollitos de enojo”
Tristeza, desesperanza, desamparo y depresión.	Analizar signos, síntomas y consecuencias. Disminuir riesgo y elaborar ideas e intentos suicidas.	“Desenmascarando mi tristeza” ”Desgaste del plan” “Construir redes de apoyo” “Sanando mis heridas”
Ansiedad extrema, como resultado de una amenaza incontrolable. Respuesta de alerta y sobresalto permanente, debido a la intermitencia de la violencia entremezclada con periodos de alerta y sobresalto.	Recuperar su poder personal y perder el miedo, pudiendo enfrentarlo, ver de donde viene y buscar estrategias de enfrentamiento eficaces.	Lectura del cuento “Barba azul” “Externalización” “Entrevista con el miedo” Lectura del cuento “El miedo” “Síndrome de Estocolmo” “Desesperanza y desamparo aprendido”
Miedos, enojo y violencia pasiva o abierta. Violencia reactiva, impulsividad e irritabilidad.	Confrontar con las sensaciones, actitudes y consecuencias de ambos polos y promover la asertividad.	“El maltratador maltratado” “Aprendiendo a relajarme y controlar mis impulsos” Ejercicios de relajación. “Técnica del retiro” ”Los secretos desde la perspectiva de género y elección de pareja”
Duelos no resueltos por pérdidas varias.	Elaborar y resolver experiencias dolorosas que dificulten sus avances.	“Rituales” “Funerales” “Ofrendas” “Semillas y botellas” “Anudando mis momentos especiales” (Rosario).
Pérdida de la autoestima, autodevaluación, sentimientos de inadecuación e insuficiencia.	Incrementar su autoestima para elevar su poder personal y el control sobre su propia vida.	“¿Quién soy yo?” “Escalera de la autoestima” “Objetos e identificación positiva” “Línea de la vida” “La silueta del aprecio” “Diseño del gabán” “El abecedario de la autoestima” “Chaleco de la autoestima” ”Polaridades” “Colage” “Auto imagen y auto concepto” “Mi árbol y mi vida” “Auto evaluación” “La niña interna” “El salvavidas” “Mi yo real y mi yo ideal” “Carta de auto perdón” “Hablemos de ti” “Espacio sagrado”
Culpa, resentimiento y ambivalencia.	Favorecer el desahogo a través de la catarsis.	Listados: “Me siento culpable contigo por...”, y “Quisiera reparar...”

	Lograr clarificar cada sentimiento para descubrir exigencias ocultas. Repara culpas reales y despedir las neuróticas.	“Estoy resentida con tigo por...” y “Te quiero pedir que...” “Cupones” “Carta de auto perdón” “Compromiso de cambio” “El rosal”
Dificultades sexuales, anorgasmia y frustración.	Conectar con su cuerpo y sus emociones en relación con el placer, la libertad y el ejercicio de su sexualidad. Analizar la feminidad, la violencia sexual, iniquidad, temor, malestar y displacer. Comprender la diversidad, tolerancia, orientación, abuso, violencia conyugal, sexo-placer, erotismo, deseo-amor.	“Mi cuerpo y yo” “Si para mi, no para mi” ”El baño” “Sanando mis heridas” “Aceptando mi cuerpo” “Cuidando mi cuerpo”
Asertividad deficiente, dificultad para comunicarse, poner límites y tomar decisiones.	Sensibilizar a las usuarias de la importancia, los beneficios y la responsabilidad de una comunicación asertiva. Aprender a decir NO. Confrontar con respuestas agresivas o pasivas y sus consecuencias. Fomentar cambios de segundo orden y poder romper con el círculo de la violencia. Promover la autoafirmación contra la reafirmación.	“No-Si” “La cancha de los gustos” “Mirada” “Mensajes manipulatorios” “Laberintos” (uso del lenguaje) “Listado” (reglas de comunicación asertiva) “Tengo que...Elijo que” “Necesidades-deseos-carencias” “Rol-derecho-permiso”
Marcada dificultad para negociar ideas, proyectos y planes de pareja o familiares.	Fortalecer sus habilidades, recursos, capacidades y destrezas para la resolución no violenta de conflictos, el empoderamiento y el aprendizaje.	“Balanza” “¿Qué gano y qué pierdo?” “La compra de los huevos” “La democracia en mi familia”
Asumen la responsabilidad o la delegan en terceros.	Fomentar la corresponsabilidad y coparticipación de la dinámica de pareja.	“El barco que se hunde” “Ganancias secundarias”
Dispersión y sentimiento de incertidumbre y/o negatividad hacia el futuro.	Concretar y solicitar su plan de vida con opciones diferentes, realistas y creativas. Tomar decisiones eficaces para cambiar su vida (opciones laborales, recreativas, escolares, etc.)	“Plan de vida” “Viaje al futuro” “Línea de la vida” ”Preguntas breves sobre el futuro” Cronograma: “Planes a corto, mediano y largo plazo, y requerimientos” “Expectativas y cambios” “El espejo” “Mis objetivos y mis metas” “Piñatas” “Mi plan de felicidad”
Requieren de redes de apoyo social.	Armar un directorio institucional básico para brindar un apoyo integral y fomentar la red de mujeres.	“Directorio institucional” “Intercambiando servicios entre las usuarias” “Creando objetivos comunes”
Dificultad para despedirse, despegarse y ser independientes.	Realizar un cierre del proceso terapéutico, despedirse, resumir los avances, los logros y ubicar el momento en el que se encuentran.	Resumen de lo trabajado. “Recapitulando” ¿Cómo llegaron? ¿Cómo se van?

	<p>Invitar al seguimiento para valorar el mantenimiento de los cambios y consolidarlos.</p> <p>Explorar posibles recaídas y sugerir nuevos apoyos psicológicos: grupos de ayuda mutua, autoapoyo, de reflexión, y/o talleres.</p>	<p>¿Cumplió sus expectativas?</p> <p>¿Dónde están?</p> <p>¿A dónde quieren llegar?</p> <p>¿Qué necesitan para seguir avanzando?</p> <p>¿Qué aprendí de ti, de mí y de todas?</p> <p>“Semillas”</p> <p>“Rituales de despedida”</p> <p>Convivió.</p>
--	---	--

Tabla 7.

II. ENFOQUE PSICOLÓGICO Y VIOLENCIA FAMILIAR

2.1 DEFINICIÓN DE VIOLENCIA FAMILIAR

Desde un punto de vista psicológico, la *violencia familiar* se refiere a las agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de otra índole, llevadas a cabo reiteradamente por parte de un familiar (habitualmente el marido) y que causan daño físico y psicológico y vulneran la libertad de otra persona (habitualmente la mujer) (Echeburúa, Corral, Sarasua, Zubizarreta y Sauca, 1992). Los términos de agresión física y de agresión psicológica se utilizan para entender la forma de expresión de la conducta más que las consecuencias que produce ya que un acto de maltrato físico siempre ocasiona secuelas físicas y psicológicas (Sarasua y Zubizarreta, 2000).

2.2 TIPOS DE VIOLENCIA

Las definiciones más habituales sobre el maltrato diferencian entre el físico, psicológico y sexual, y señalan que estos tipos de maltrato pueden darse por separado o combinados.

De acuerdo con Sarasua y Zubizarreta (2000), en la experiencia clínica se ha observado una mayor frecuencia de víctimas de violencia física que, a medida que pasan los años va en aumento y una disminución significativa de víctimas de maltrato psicológico. El maltrato físico es la forma más evidente de violencia familiar y, generalmente, son las lesiones que se pueden ver las que constituyen la prueba de que el problema existe. Por ello, la mujer que sufre las lesiones que no se pueden ver, minimiza su situación, intenta buscar explicaciones que justifique su malestar psicológico permanente al margen de los acontecimientos vividos y se encuentra en un mayor grado de indefensión. La violencia psicológica no produce un impacto social y hace que la víctima tarde mucho tiempo en pedir ayuda.

El maltrato a la mujer por su pareja incluye conductas tales como abuso psicológico (intimidación, menosprecio, humillaciones...); agresiones físicas (golpes, patadas, palizas...); relaciones o conductas sexuales forzadas; además de conductas de control, tales como aislamiento, control de las actividades y restricciones en el acceso a información y asistencia (Heise y García-Moreno, 2002).

El **maltrato psicológico** se ejerce, principalmente, a través de una manipulación emocional que se manifiesta mediante la desvalorización, la culpabilización, la intimidación y

a través de la imposición de conductas restrictivas como el aislamiento y el control económico (Sarasua y Zubizarreta, 2000).

Este tipo de maltrato refleja diversas actitudes por parte del maltratador: hostilidad, que se manifiesta en forma de reproches, insultos y amenazas; desvalorización, que supone un desprecio de las opiniones, de las tareas o incluso del propio cuerpo de la víctima; e indiferencia, que representa una falta total de atención a las necesidades afectivas y los estados de ánimo de la mujer (Corsi, 1995; Sarasua y Zubizarreta, 2000).

El **maltrato físico** se refiere a cualquier conducta que implique un abuso físico por parte del agresor. En muchos casos, además de los actos agresivos, se utilizan armas blancas (cuchillos, tenedores, tijeras, etc.) y objetos contundentes (palos de escoba, lanzamiento de vasos, platos, etc.) (Sarasua y Zubizarreta, 2000).

El **maltrato sexual** se produce cuando se fuerza a la mujer a mantener relaciones sexuales contra su voluntad, cuando se ve obligada a consentir para evitar males mayores (como una paliza, que pegue a los hijos como venganza, etc.) o cuando se le imponen conductas sexuales humillantes para su dignidad.

Por otro lado, aunque no todas las mujeres sufren todos los tipos de abuso, es muy común que se den de forma conjunta y muchos autores plantean el control y la dominación como una característica central. Así, Walker (1994) afirma que, generalmente, el abuso es parte de un patrón de conducta obsesiva, más que una expresión de pérdida repentina de control. Dutton (1992) destaca el control de la víctima como un rasgo central para considerar una conducta como abuso.

2.3 DESCRIPCIÓN DE LA VIOLENCIA

La importancia de considerar el cómo se describe la violencia nos da un mejor plano para entender cómo desde este enfoque se describen los tipos de relaciones y los factores que las producen, como el modelamiento aprendido desde la infancia a través de los estereotipos señalados por la sociedad para hombres y mujeres, marcando las pautas de comportamiento para cada uno. Además de establecer como se ha venido aprendiendo y reforzando la violencia dentro de la familia.

En realidad, la familia es el foco de violencia más destacado de nuestra sociedad. El hogar -lugar, en principio, de cariño, de compañía mutua y de satisfacción de las necesidades básicas para el ser humano- puede ser un sitio de riesgo para las conductas violentas, sobre todo cuando éstas quedan impunes. En estas circunstancias las víctimas pueden sentirse

incapaces de escapar del control de los agresores al estar sujetas a ellos por la fuerza física, la dependencia emocional, el aislamiento social o distintos tipos de vínculos económicos, legales o sociales (Corral, 2000).

Para Echeburúa y Corral (1998), la conducta violenta en el hogar se presenta como un intento de controlar la relación y es el reflejo de una situación de abuso de poder, por ello se ejerce por parte de quienes tienen ese poder, varones, y la sufren quienes se hallan en una situación más vulnerable, mujeres y niños.

Para algunos autores se delimita la violencia conyugal o intrafamiliar, como una de las formas encubiertas que adopta la normativa sociocultural de dominación del hombre hacia la mujer. Dutton y Golant (1997) se basa en el conjunto de teorías que intentan explicar el comportamiento intrafamiliar violento como una conducta aprendida y relacionada con las experiencias vividas durante la infancia y la adolescencia. Autores como Bandura (1977); Sarausa, Zubizarreta, Echeburúa, Del Corral (1994); Fernández Montalvo, Echeburúa (1997b) refuerzan esto diciendo que las variables asociadas a la conducta violenta es la exposición a la violencia ya que modela la posterior conducta.

Este desplazamiento aprendido se denomina "*transmisión intergeneracional*". Se piensa que las razones por las cuales los hombres son maltratadores se deben a factores sociales y psicológicos (Dutton y Golant, 1997) y otros refuerzan que las causas de la violencia familiar y conyugal están en las bases de una sociedad sexista donde se promueve la desigualdad de las relaciones entre hombres y mujeres al percibir el ejercicio privado e institucional del poder, el control, el dominio y la violencia. Estos estereotipos sexuales remiten a la socialización genérica en que se forma el hombre violento (Corsi, 1995; Crossman, Stith, y Bender, 1990).

Esto nos lleva a hacer referencia de la violencia de género tanto física como psicológica, siendo esta última la más abundante, la menos notoria y la más crónica. Tiene su origen en actitudes y creencias machistas sobre los roles de hombres y mujeres, los llamados "micromachismos" (Bonino, 1998). Es una violencia cotidiana que llega a ser asumida incluso por la mujer, basada, en valores machistas y otras creencias irracionales que llegan a extremos perjudiciales para la salud emocional de ésta. Por lo tanto no es infrecuente atender a mujeres que consultan por "trastornos sexuales" que les dificultan las relaciones sexuales con su pareja: vaginismo, ausencia de deseo, etc. En muchas ocasiones también consultan por depresión o ansiedad ya que descubren una vida anulada por el marido, incluso por los hijos que, en

ocasiones, también se suman al maltrato. (Bandura, 1977; Sarasua, Zubizarreta, Echeburúa, Del Corral, 1994; Fernández Montalvo, Echeburúa, 1997a).

A nivel social, la violencia del hombre contra la mujer es una manifestación de la desigualdad de género y un mecanismo de subordinación de las mujeres que sirve para reproducir y mantener el status quo de la dominación masculina y la subordinación femenina (Koss, Goodman, Browne, Fitzgerald, Keita, y Russo, 1995). Muchos autores sitúan la violencia marital dentro del contexto más amplio de la dominación masculina (Koss Goodman, Browne, Fitzgerald, Keita y Russo, 1995; Lorente, 2001, Pérez del Campo, 1995) ya que la estructura económica y familiar es jerárquica y está dominada por el hombre, lo que implica una distribución desigual del poder. Desigualdad que impregna la construcción social del género y la sexualidad y que afecta profundamente a las relaciones íntimas de mujeres y hombres, por lo que para comprender la violencia de los hombres frente a las mujeres es necesario analizar las desigualdades entre ambos. Como señala Pérez del Campo (1995), la ideología patriarcal y las instituciones permiten al hombre usar la fuerza como un instrumento de control lo que conlleva que no se denuncie el abuso y que, cuando se hace, se deje en muchos casos en total impunidad a los agresores y en la más completa indefensión a la víctima. Porque no se puede olvidar que varias de las mujeres que han muerto a manos de sus parejas o ex parejas habían sido amenazadas durante años, y estos hechos habían sido denunciados en más de una ocasión.

En este sentido, las normas y las expectativas culturales juegan papeles muy importantes en la configuración y promoción de la violencia del hombre contra la mujer, minimizando u ocultando sus efectos dañinos e impidiendo el diseño de políticas y programas efectivos para la erradicación de tal violencia (Koss, Goodman, Browne, Fitzgerald, Keita, y Russo, 1995). Así, son muchos los mitos en torno a la mujer maltratada, mitos que no solo perpetúan la violencia sino que niegan la asistencia a sus víctimas, ya que muchas veces se duda que exista el maltrato, se minimizan sus efectos, cuando no se exculpa al agresor o se culpabiliza a la víctima. Se trata de creencias que han sido y son mantenidas aún por muchas personas, incluso profesionales de la psicología.

Debido a las creencias presentadas en la sociedad y específicamente en parejas que llevan una relación violenta, es frecuente encontrar situaciones comunes. El marido suele controlar el dinero y los bienes comunes. Incluso cuando la mujer trabaja, ésta destina el dinero que gana al abasto doméstico, mientras él guarda o gasta o decide en qué gastar el suyo (con frecuencia hay abuso de alcohol y/o juego patológico). Las decisiones más importantes

las toma el marido (suelen quedar de la exclusiva competencia de la mujer las relacionadas con la vida cotidiana y de educación y control de los hijos, desde luego sin que éste las comparta y aplique y, frecuentemente, contradiciéndola si se presenta). El tiempo de ocio del marido se reparte entre sus aficiones propias (no compartidas con la pareja) y el descanso; en muy contadas ocasiones participa en alguna actividad de ocio con la mujer (si hay hijos, éstos van incluidos). El papel tradicional de "ama de casa" se ve agravado por reproches peyorativos cuando las cosas no están "a tiempo" o del gusto del cabeza de familia.

Ya en la intimidad, la mujer no sólo debe responder sexualmente a las demandas del marido, cuando éste lo desee, sino que también se le solicita que lo haga con entusiasmo y colaboración, incluso en situaciones que objetivamente podríamos considerar como de clara agresión. Esta situación hace que la mujer, generalmente con un síndrome ansioso-depresivo, se responsabilice de su "incapacidad sexual" y acuda a consulta de sexología y/o ginecología. En otros casos acude en busca de apoyo psicológico, atrapada en su angustia, sus dudas y su rabia.

Todo este maltrato contra la pareja es resultado de un estado emocional intenso -la ira-, que interactúa con unas actitudes de hostilidad, un repertorio de conductas pobre (déficit de habilidades de comunicación y de solución de problemas) y unos factores precipitantes (situaciones de estrés, consumo abusivo de alcohol, celos, etcétera), así como de la percepción de vulnerabilidad de la víctima.

Asimismo un hombre tiende a descargar su ira específicamente en aquella persona que percibe como más vulnerable (una mujer, un niño o un anciano) y en un entorno -la familia- en que es más fácil ocultar lo ocurrido. Además, los logros obtenidos con las conductas violentas previas desempeñan un papel muy importante. Muy frecuentemente el hombre maltratador ha conseguido los objetivos deseados con los comportamientos agresivos anteriores. Es decir, la violencia puede ser un método sumamente efectivo y rápido para salirse con la suya. A su vez, la sumisión de la mujer puede quedar también consolidada porque, con esta sumisión, consigue evitar las consecuencias negativas derivadas de una conducta violenta por parte de la pareja.

Todo ello explica, junto con otras variables (la dependencia emocional y económica, la presencia de los hijos, la presión social, el miedo al futuro, etcétera), la perpetuación en el tiempo de tipos de relación claramente insanos (Lorente, 2004), iniciando durante el noviazgo o de recién casados (Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 1996; Amor, Echeburúa,

Corral, Zubizarreta y Sarasua, 2002; Fontanil, Méndez-Valdivia, Cuesta, López, Rodríguez, Herrero, y Ezama, 2002) y su frecuencia e intensidad suele ir aumentando con el paso del tiempo, aunque no en todos los casos parece darse esta "escalada" de violencia. Un aspecto importante a tener en cuenta es que, generalmente o al menos en los primeros tiempos de relación, la violencia no es constante, sino que se da por ciclos o bien se alternan las fases de agresión con las de cariño, siguiendo típicamente el tratamiento positivo a la finalización del negativo (Dutton y Painter, 1993). En este sentido, la presencia de algún tipo de agresión psicológica en los primeros meses de relación es un claro predictor de futuros episodios de maltrato físico (Murphy y O'Leary, 1989; O'Leary, Malone y Tyree, 1994).

Rotas las inhibiciones relacionadas con el respeto a la otra persona, la utilización de la violencia como estrategia de control de la conducta se hace cada vez más frecuente. El sufrimiento de la mujer, lejos de suscitar una empatía afectiva, se constituye en un disparador de la agresión.

Walker (1979) ha descrito un "ciclo de la violencia" en el cual se dan tres fases, que pueden ser variables en cuanto a la intensidad y duración, tanto en diferentes parejas como en la misma:

La primera fase, denominada de acumulación de la tensión, se caracteriza por pequeños incidentes que llevan a un incremento de la tensión entre la pareja. En la segunda fase o episodio agudo la tensión acumulada da lugar a una explosión de violencia de mayor o menor gravedad. Inmediatamente tras ésta viene la tercera fase, que también se ha denominado de calma o de Luna de miel, en la que el agresor se muestra muy cariñoso, pidiendo perdón a la mujer y prometiéndole que nunca más volverá a ocurrir. Pero al poco tiempo vuelve a aumentar la tensión y a repetirse el ciclo.

Como señalan Zubizarreta, Sarasua, Echeburúa, Corral, Sauca y Emparanza (1994), en este ciclo el castigo (la agresión del hombre) se asocia a un refuerzo inmediato (la expresión de arrepentimiento y ternura) y a un potencial refuerzo demorado (la posibilidad de un cambio conductual en el hombre). Pero con el paso del tiempo, el maltrato es cada vez más frecuente y severo, disminuye la fase de arrepentimiento y cariño y aumenta la probabilidad de que se cronifiquen las consecuencias psicológicas del abuso.

Estas consecuencias del maltrato necesitan una justificación por parte del maltratador, y una de ellas es la negación de esta conducta. Cuando una conducta genera malestar al pensar fríamente en ella o es rechazada socialmente, se utilizan estrategias de afrontamiento para eludir la responsabilidad, como buscar excusas, alegar que se trata de un problema

estrictamente familiar, hacer atribuciones externas, considerar lo que ocurre como normal en todas las familias o quitar importancia a las consecuencias negativas de esas conductas para la víctima (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997a; Medina, 1994).

Otra de las características del maltrato es que pese a su frecuencia y gravedad, la mayor parte de las mujeres (entre el 40 y el 89%) permanecen con su pareja durante muchos años y, en algunos casos, vuelven con ellas aunque hayan sido capaces de abandonarlas temporalmente. Se trata de un fenómeno controvertido que, como señalan Echeburúa, Amor y Corral (2002), está condicionado por múltiples factores socioeconómicos, emocionales y psicopatológicos.

Por otro lado, para una mejor comprensión de la violencia familiar, es necesario destacar las características de los protagonistas de este problema.

2.4 CARACTERÍSTICAS DE LOS PROTAGONISTAS

2.4.1 Características psicológicas del agresor

Respecto a las características del agresor se puede encontrar una serie de variables comunes en ellos, lo que ha llevado a establecer una serie de tipologías, y ya que no existe unanimidad entre los autores se distinguen diferentes tipos que a continuación se presentarán.

Dutton y Golant (1997) distinguen tres tipos generales de agresores: 1) los psicopáticos; 2) los hipercontrolados, cuyo rasgo más distintivo es el distanciamiento emocional, presentando un perfil de evitación y agresión pasiva; y 3) los cíclicos/emocionalmente inestables, que se caracterizan por cometer actos de violencia de forma esporádica y únicamente son violentos con su pareja.

Agresores psicopáticos: El 40%, aproximadamente satisfacen los criterios del DSM IV en el que se basa el diagnóstico de conducta antisocial, es decir, tienen antecedentes penales. En un tiempo se pensaba que la conducta antisocial era indicativa de psicopatía, sin embargo la mayoría de los hombres golpeadores que han sido socializados normalmente, no son psicópatas, ya que experimentan cierto remordimiento por haber golpeado a sus esposas. Como el sentimiento de culpa es difícil de sobrellevar, encuentran maneras de neutralizar el autocastigo; reconstruyendo la acción reprensible y atribuyendo la culpa a la víctima por haber provocado esta acción. Los psicópatas en cambio no sienten remordimiento, para ellos parece como si nada estuviera ocurriendo.

A diferencia de los golpeadores habituales, los psicópatas no ejercen la violencia únicamente contra sus esposas, sino que también contra otras personas. Además es frecuente que cometan otros delitos. Cuando son enviados a terapia, por violencia intrafamiliar, es poco probable que mejoren. Los psicópatas no miran hacia atrás (Whaley, 2001). En consecuencia, nunca aprenden de sus errores pasados. Durante la violencia los psicópatas, no se descontrolan, controlan su nivel de excitación, para tal vez producir mayor daño a sus esposas o hijos. Su violencia es controlada y está al servicio de un objetivo, dominar a la otra persona, y utilizan hábilmente la violencia para lograrlo (Dutton y Golant, 1997 y Ross, 1996).

Agresores hipercontrolados: Un 30% de los hombres que agraden a sus esposas se les denomina hipercontrolados; estos hombres parecen estar un tanto distanciados de sus sentimientos, y muestran un perfil de evitación y agresión pasiva.

Su ira, que por lo general es el resultado de la acumulación progresiva de frustración ante acontecimientos externos, puede irrumpir de pronto de una forma violenta después de haberse ocultado silenciosamente durante un largo periodo. Por esta razón los agresores hipercontrolados son los que dan menos de que hablar. No presentan características aparatosas que atraen la atención, difieren por diferentes razones del estereotipo del golpeador habitual (Whaley, 2001).

De acuerdo con Dutton y Golant (1997), hay dos tipos de hombres hipercontrolados. El tipo activo, que está caracterizado a veces como fanático del control, extiende a otras personas su necesidad de dominación extrema. La familia de estos hombres los describe como minuciosos, perfeccionistas y dominantes.

El tipo pasivo se limita a distanciarse de su familia y compañera y las discusiones de la pareja versan habitualmente sobre el modo de lograr cierto contacto emocional. En terapia ambos tipos aparecen como buenos clientes, son sumisos y se esfuerzan por complacer al terapeuta.

Agresores cíclicos/emocionalmente inestables: Son caracterizados por una constante ambivalencia con respecto a su esposa e hijos; por un lado el temor a ser abandonados y por el otro, el temor a ser absorbidos. Manifiestan una incapacidad para describir sus sentimientos y su intensa necesidad de controlar en la intimidad.

Otra característica que presentan es la necesidad de influir en otras personas, especialmente en alguien con quien tienen una relación íntima. Reaccionan con ira en las situaciones en las que la mujer actuaba de forma dominante y distante desde el punto de

vista emocional, por lo que se ha llegado a pensar que en este tipo de agresor, la distancia emocional constituye el problema fundamental (Gornter, Berns, Jacobson y Gottman, 1997).

Se ha observado que los agresores cíclicos/emocionalmente inestables experimentan una mezcla de sentimientos entre los que se incluyen la ira y los celos. Siempre encuentran el modo de malinterpretar y culpar a su pareja o hijos, de ver en ellos la causa de su propio desaliento, de exigir las cosas imposibles de cumplir y de castigar por no haber hecho lo encomendado. Son presas de estados de ánimo cíclicos, que se alternan, y quizás por eso su esposa y sus hijos afirman que tiene una doble personalidad. Además estos hombres son innovadores en cuanto al maltrato verbal lo que indica una imaginación perversa, que no se limita a copiar sino que adorna los temas (Corsi, 1995; Dutton y Golant, 1997; y Gornter, Berns, Jacobson y Gottman, 1997). Necesitan avergonzar y humillar a otro ser humano para suprimir su propia vergüenza y humillación. Gradúan su ataque sobre la esposa y los hijos de modo que intimiden sin dejar huellas (Gornter, Berns, Jacobson y Gottman, 1997)).

Otra tipología es dada por Holtzworth-Munroe y Stuart (1994), que tras una revisión de los trabajos publicados sobre tipologías de agresores presentaron también tres tipos: solo familiares, borderline/disfóricos y antisociales-violentos.

Algunos autores (Medina, 1994; Pérez del Campo, 1995) destacan la relevancia de los valores culturales tradicionales asociados a la virilidad en la conformación del hombre violento, considerándolo como una persona cuyos ideales son la fortaleza, la autosuficiencia, la racionalidad y el control del entorno que le rodea, cualidades que considera masculinas y superiores y contraponen a las opuestas que serían femeninas e inferiores. Y no dudan en utilizar la violencia para recuperar el control perdido en el único lugar donde puede mostrarse superior, su propio hogar.

Adams (cit. en de Suárez, 1994) también presenta un perfil del agresor destinado a que los funcionarios del sistema judicial estén más informados y sean menos vulnerables a sus manipulaciones, que resume muchas de las características citadas por diversos autores:

- Discrepancias entre el comportamiento en público y en privado, presentando una imagen pública amistosa y de preocupación por los demás, mientras que la mujer puede aparecer alterada, lo que puede generar que el agresor tenga más credibilidad que la mujer ante los demás.

- Minimizan y niegan su violencia.
- Culpar a los demás, no responsabilizándose de su propia violencia.
- Conductas para controlar, ya que junto con el maltrato físico, el abuso incluye una serie de conductas para la coerción y el control.
- Celos y actitudes posesivas.
- Manipulación de los/as hijos/as, que utilizan como forma de acceso y manipulación, especialmente en los casos de separación.
- Abusos de sustancias.
- Resistencia al cambio, careciendo la mayor parte de los agresores de motivación interna para buscar asistencia o para cambiar su comportamiento.

Pero, más allá de las tipologías, y aunque existe gran heterogeneidad, se ha encontrado que los hombres que abusan de sus parejas, comparados con los que no lo hacen, tienen niveles más altos de ira y hostilidad. También se presentan otras características tales como baja autoestima, impulsividad, déficit de las habilidades de afrontamiento, tendencia a las rumiaciones, ansiedad, depresión y otras alteraciones emocionales, así como actitudes de rol más tradicionales y mayor posesividad y celos. Y es más probable que tengan historia de abuso de alcohol y/o de drogas y de violencia en su familia de origen (Dutton, 1999; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997a; Maiuro, Cahn, Vitaliano, Wagner y Zegree, 1998; Medina, 1994). Unger y Crawford (1992) afirman que estas características, aunque están relacionadas con el abuso físico no se puede asumir que lo causen, si bien algunas pueden actuar como variables mediadoras. Por ejemplo, la baja autoestima y la carencia de habilidades de afrontamiento pueden llevar a un hombre a beber y a golpear. Y aunque el consumo de alcohol está asociado a mayor incidencia, frecuencia y gravedad del maltrato a la pareja, la relación no es directa.

Tampoco se puede afirmar que el maltrato emocional y físico sean etapas sucesivas, el primero no lleva necesariamente al segundo. Lo cierto es que una agresión física puede considerarse una agresión emocional. Se piensa que en ocasiones suele ser desencadenada por un acontecimiento específico: un paso real o imaginario hacia el abandono de la relación, incluso un embarazo. La causa más frecuente es un abandono imaginario. Además, esos hombres son violentos sólo dentro de los límites de la relación, y el maltrato se repite cualquiera que sea la conducta de la mujer; ruegos, halagos, argumentos, o contraataques, no establecen mayor diferencia (Corsi, 1995).

Según algunos autores, el matrimonio podría ser para el hombre como una "licencia" para golpear, aunque las mujeres no responden al vínculo matrimonial de ese modo (Berk, Fenstermakerm, Loseke y Rauma, 1983). En esta misma línea, se ha sugerido que el hombre puede usar el alcohol como una excusa para golpear a su mujer, disminuyendo así su responsabilidad porque "no puede controlarse cuando ha bebido" (Unger y Crawford, 1992).

Pero los golpeadores habituales suelen insultar, humillar, avergonzar y maldecir a sus esposas, a diferencia de quien lo hace de una forma aislada, los primeros lo hacen con el propósito de debilitar su autoestima y volverlas más manejables. Mientras que los segundos lo hacen de una forma aislada incontrolada y sin un fin predeterminado (Whaley, 2001).

2.4.2 Características de la mujer-víctima

En la mujer golpeada no se han encontrado características comunes, sino hasta después de los episodios de violencia.

Gran parte de estas características y de las circunstancias del maltrato se obtienen a través de las propias mujeres que acuden a los servicios sociales y que representan la "punta del iceberg". Actualmente, estos servicios atienden los casos de mayor gravedad y de menores recursos socio-económicos. Sin embargo, los datos disponibles permiten apreciar el verdadero desarrollo del problema y la gravedad del maltrato, independientemente de las características de la víctima (Sarasua y Zubizarreta, 2000).

Cuando la mujer solicita ayuda, no lo suele hacer por maltrato, sino por disfunciones inducidas por ese maltrato. En muchas ocasiones, aunque no le guste, acata sumisa el trato dado por su pareja aceptándolo como propio de su personalidad, ("él es así", "es muy nervioso"). Acepta, y se responsabiliza, ella misma del maltrato ("soy torpe", "no tengo ganas", "no funciono en la cama", etc.) (Walker, 1984, Villavicencio, 1993).

A pesar de la intensidad y de la frecuencia con que se producen los actos violentos, la duración de la relación es de 10 años por término medio. Además, en muchos casos, han intentado romper la relación con anterioridad sin conseguirlo. En general, las víctimas de maltrato doméstico son mujeres jóvenes, están casadas o emparejadas y tienen hijos. Han cursado estudios primarios, disponen de un nivel socio-económico medio bajo y gran parte de ellas son amas de casa y se dedican a trabajos poco valorados (servicio doméstico, empresas de limpieza, etc.). Normalmente, dedican todo su tiempo a la familia y al trabajo, carecen de relaciones sociales y familiares estables y, por tanto, no disponen de un apoyo eficaz. En algunos casos, han vivido experiencias del maltrato en la familia de origen y sólo en una

pequeña parte presentan una historia psiquiátrica anterior. Con mucha frecuencia, las conductas violentas se extienden también a los hijos (Sarasua y Zubizarreta, 2000).

Además, la mujer víctima no tiene vida propia, primero porque económicamente está cercada por el marido, después, porque siempre hay algo más importante que atender que sus propias necesidades. La mujer-víctima llega a convencerse de que no puede salir adelante por sus propios medios si quisiera separarse (es una situación real la dificultad económica y laboral que en ocasiones se le puede presentar), incluso no quiere perder el "amor" de su hombre (es muy común la justificación: *"si es buena persona"*).

En todos los casos la autoestima está destruida y la mujer se encuentra, en muchos de ellos, desarrollando un vínculo ambivalente de amor/temor. Amor a su "dueño", y temor porque éste suele ser violento (no sólo agresivo, sino juzgador, punitivo, celoso o desconfiado, rechazante, etc.). Forzado o voluntario, se produce un aislamiento social progresivo que dificulta la toma de conciencia de su situación y la consiguiente denuncia y/o acciones para solucionar el conflicto. Dado que la situación de maltrato suele producirse desde el principio de la relación, el trastorno generado tiene un carácter crónico (Echeburúa, Del Corral, 2002).

Sin embargo, a través del estudio sistemático de las víctimas de la violencia doméstica, se ha observado que las características generales se mantienen estables pero, al mismo tiempo, se empiezan a mostrar algunos cambios significativos, como es el caso de la edad de las mujeres que deciden romper con la relación violenta. Actualmente, las que solicitan ayuda son cada vez más jóvenes, más independientes económicamente y la duración media del maltrato es menor. El estado psicológico está menos deteriorado (sobre todo en relación con los sentimientos depresivos y con el nivel de autoestima) y disponen de más recursos psicológicos para afrontar el problema. Dado que no se encuentran todavía aisladas en su vida social y familiar, cuentan con un mayor apoyo, y pueden, por tanto, buscar alternativas más adecuadas a su situación (Sarasua y Zubizarreta, 2000).

2.5 CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA

Las consecuencias de la violencia son muchas, y a grandes rasgos podemos decir que produce problemas en la salud física y psicológica e incluso la muerte. Por tal motivo es necesario desglosar esto con más detalle, ya que estas consecuencias abarcan diferentes aspectos en la vida de las mujeres golpeadas.

Y como dicen Browne y Williams (1993) el maltrato a la mujer por su pareja es una de las formas más comunes de violencia contra las mujeres, siendo más probable que sufran

ataques repetidos, lesiones, violaciones o que mueran que en el caso de ser atacadas por otro tipo de agresores.

Se trata de un fenómeno global que se extiende por todos los países y afecta a las mujeres de todos los niveles sociales, culturales y económicos y su impacto en la salud es tal que recientemente se está considerando como un problema importante de salud pública (Fischbach y Herbert, 1997; Heise y García-Moreno, 2002; Roberts, Lawrence, Williams y Raphael, 1998).

Resnick, Acierno y Kilpatrick, (1997) proponen un modelo que trata de identificar diversos mecanismos potenciales mediante los cuales el episodio de violencia podría aumentar el riesgo de las mujeres de tener problemas de salud. Este modelo lo que hace es recoger los distintos mecanismos explicativos apuntados (y que no son incompatibles entre sí, sino más bien complementarios) y ordenarlos, dando así lugar a un modelo explicativo.

Como señalan Koss y Heslet (1992), se han propuesto múltiples hipótesis para explicar cómo el maltrato puede causar o facilitar la presencia de problemas de salud, además de las lesiones directas.

Una posible explicación es considerar que los problemas de salud se derivan de la disminución de la resistencia o de la inmunidad por el estrés que provoca la violencia (Cohen, Iyrell y Smith, 1991; Cohen y Williamson, 1991; Koss, Koss y Woodruff, 1991). Otra posibilidad es que los problemas de salud sean causados por los cambios en los hábitos de salud iniciados para afrontar el trauma, incluyendo el descuido de la propia salud y/o el aumento de mayores riesgos por parte de las mujeres víctimas de violencia (Kielcot-Glaser y Glaser, 1987; Cohen y Williamson, 1991; Koss, Koss y Woodruff, 1991), como aumentar el consumo de tabaco, alcohol o drogas.

Otras posibles explicaciones buscan la causa en los daños físicos no documentados secundarios a la violencia, en la sobreactivación crónica debida al estrés post-traumático (Baum, 1990); en la focalización de las sensaciones internas (Wickramasekera, 1986); en las atribuciones erróneas sobre el significado de los síntomas, incluyendo sensaciones normales y concomitantes psicológicos del distrés emocional (Cohen y Williamson, 1991); o en la interacción con un sistema de cuidado de salud focalizado biomédicamente (Jacobson y Richardson, 1987).

Respecto a las consecuencias de la violencia contra las mujeres, la Organización Mundial de la Salud (cit. en Echeburúa y Corral, 1998) considera que las principales pueden agruparse como se muestra en la tabla 8:

<p>A) Resultados fatales: suicidio, homicidio, mortalidad materna, SIDA.</p>
<p>B) Resultados no fatales:</p> <p>a) Sobre la salud Física.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consecuencias diversas sobre la salud física: lesiones, heridas, daño funcional, síntomas físicos diversos, salud subjetiva (o valoración de la propia salud) deficiente, discapacidad, disfunción permanente, obesidad grave, malnutrición, deshidratación, y en general, vulnerabilidad a enfermedades o problemas de salud graves. - Trastornos crónicos: síndromes de dolor crónico, síndrome del intestino irritable, trastornos gastrointestinales, enfermedades somáticas, fibromialgia, cansancio crónico, asma. - Conductas de riesgo para la salud: fumar, abuso de alcohol y drogas, conducta sexual de riesgo, inactividad física, ingesta excesiva. - Consecuencias sobre la salud reproductiva: embarazos no deseados, embarazos precoces, trastornos ginecológicos, abortos de riesgo, abortos espontáneos, complicaciones del embarazo, enfermedad inflamatoria pélvica, enfermedades de transmisión sexual. <p>b) Sobre la salud mental: síndrome de estrés post-traumático, depresión, ansiedad, fobias, miedos, ataques de pánico, desorden obsesivo compulsivo, trastornos del apetito, disfunción sexual, trastornos del autoestima, abuso de sustancias, alteraciones del sueño e insomnio, autolesiones, intentos de suicidio, agresividad hacia otros o hacia uno mismo, desórdenes múltiples de personalidad.</p>

Tabla 8.

Como podemos observar, en la tabla 8, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, las consecuencias de la violencia son muchas, y van desde las fatales, las que ponen en riesgo la salud física y la salud mental.

Como afirman Koss, Koss y Woodruff, (1991) las lesiones físicas sufridas como consecuencia directa de las agresiones, tiene gran impacto psicológico y también supone un factor de riesgo para la salud a largo plazo.

Dutton (1992), integrando los trabajos teóricos, empíricos y clínicos, plantea que los efectos psicológicos del maltrato como experiencia traumática incluyen un amplio rango de respuestas cognitivas, conductuales, emocionales, interpersonales y físicas que pueden ser clasificadas en tres grupos: 1) indicadores de disfunción o de malestar psicológico; 2) problemas de relación; y 3) cambios en el esquema cognitivo.

Una persona que viva con alguien que abusa de ella física o emocionalmente suele desarrollar una respuesta de estrés cuando es atacada. Si se repiten los ataques o amenazas, desarrolla una serie de síntomas crónicos, siendo los más prevalentes en las mujeres maltratadas por su pareja el trastorno de estrés postraumático y depresión (Golding, 1999).

Además, cuando la mujer es degradada y ridiculizada por su pareja de forma repetida puede disminuir su autoestima y sentimiento de autoeficacia (Orava, McLeod y Sharpe, 1996)

e, incluso, puede llegar a pensar que merece sus castigos y que es incapaz de cuidar de ella y de sus hijos/as, desarrollando una gran inseguridad en sí misma (Matud, 2004a).

También se ha encontrado que es posible que desarrolle sentimientos de culpa, aislamiento social y dependencia emocional del maltratador, junto con ansiedad y sintomatología somática (véase, por ejemplo, Buchbinder y Eisikovits, 2003; Dutton y Painter, 1993; Echeburúa y Corral, 1998; Matud, 1999).

Y aunque su frecuencia es menor, también se han descrito tendencias suicidas y abuso de alcohol y/o drogas (Golding, 1999), así como de medicamentos, sobre todo analgésicos y psicofármacos, en un intento de superar el malestar físico o emocional generado por la situación vivida (Echeburúa y Corral, 1998).

Houskamp y Foy (1991) confirman lo anterior ya que indican que alrededor del 50% de las mujeres sufren de alteraciones en la ingesta de alimentos, en el sueño, en los patrones sexuales, depresiones severas y baja autoestima, mucho tiempo después de abandonar a sus victimarios. Este sufrimiento por estrés postraumático incluye altos índices de alcoholismo, de aislamiento social y pobreza. Asimismo, las variables que surgen a la par de la violencia (alcoholismo, historia de abuso intergeneracional) no muestran una relación clara con la recuperación.

2.5.1 Consecuencias para la salud mental de la víctima

En términos generales es posible decir que el maltrato de mujeres supone para la vida de la víctima una situación de amenaza incontrolable a la vida y a la seguridad personal, justamente con una situación de ansiedad extrema, respuesta de alerta y sobresalto permanente, y depresión, pérdida de autoestima y sentimientos de culpa (Echeburúa, De Corral, Sarausa, Zubizarreta y Sauca, 1991; Villavicencio, 1993; Sarausa, Zubizarreta, Echeburúa y Corral, 1994).

Como señalan Villavicencio y Sebastián (1999) los malos tratos son una experiencia traumática que produce gran variedad de respuestas cognitivas, conductuales, emocionales, psicológicas e interpersonales en la víctima. Dutton y Hemphill (1992c) clasifica esas respuestas en las categorías siguientes: a) indicadores de malestar o trastornos psicológicos, incluyendo miedo, síntomas de insomnio, ansiedad, trastornos del sueño, dificultad para concentrarse, hipervigilancia, rabia, depresión, baja autoestima, falta de asertividad, conductas adictivas, etc.; b) cambios en el esquema cognitivo, incluyendo negación, sentimientos de

culpa, etc.; c) trastornos relacionales, incluyendo unión traumática, dificultades para las nuevas relaciones, etc. Estas respuestas pueden constituir elementos aislados o formar parte de un trastorno como tal.

En cuanto a trastornos psicopatológicos propiamente dichos, los cuadros clínicos que padecen con mayor frecuencia las mujeres víctimas de maltrato son la depresión (Gayford, 1975; Mitchell y Hodson, 1993; Walker, 1984, 1994; Finkelhor y Yllo, 1985; Jaffe, Wolfe, Wilson y Zak, 1986; Rosewater, 1988; Sato y Heiby, 1991, 1992; Cascardi y O'Leary, 1992; Goodman, Koss, Fitzgerald, Russo y Keita, 1993; Campbell, Sullivan y Davidson, 1995; Echeburúa, de Corral Amor, Sarasua, Zubizarreta, 1997a; Roberts, Lawrence, Williams y Raphael, 1998), y de acuerdo con la definición del DSM-IV (1995), para que podamos hablar de la existencia de un trastorno de ánimo deprimido deben estar presentes una serie de síntomas durante al menos un cierto tiempo (en torno a dos semanas como mínimo) y de modo que supongan un cambio en la actividad previa de la persona. Entre esos síntomas se consideran imprescindibles la presencia de ánimo deprimido o de una acentuada disminución del interés o del placer en la mayoría de las actividades cotidianas. Otros síntomas que pueden estar presentes son la disminución o aumento del apetito, el insomnio o la somnolencia, la agitación o el enlentecimiento psicomotor, la fatiga o disminución de la energía, los sentimientos de indignidad o culpabilidad excesivos o inadecuados, la disminución de la capacidad de pensar o concentrarse, y las ideas de muerte, ideas de suicidio sin un plan específico, un intento de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Cabe además tener en cuenta que el estado de ánimo puede variar de un día a otro y que en algunos casos la ansiedad y el malestar pueden predominar sobre la depresión. A partir de los criterios comentados, la diferenciación de la gravedad de los cuadros depresivos se basa en el número, tipo e intensidad de los síntomas. Un buen indicador podría ser la actividad laboral, en el hogar, la cotidiana y la social.

La prevalencia de trastornos depresivos en víctimas de malos tratos es, en general, alta y similar a la que presentan otros grupos de víctimas de acontecimientos traumáticos. Así, los estudios al respecto señalan que entre el 47 por 100 y el 80 por 100 de las mujeres víctimas de maltrato presentaría depresión (Walker, 1984; Jaffe, Wolfe, Wilson y Zak, 1986; Sato y Heiby, 1991, 1992; Cascardi y O'Leary, 1992; Goodman, Koss, Fitzgerald, Russo y Keita, 1993; Zubizarreta, Sarasua, Echeburúa, Corral, Saucá y Emparanza, 1994; Campbell, Sullivan y Davidson, 1995; Echeburúa, del Corral Amor, Sarasua, Zubizarreta, 1997a; Roberts, Lawrence, Williams y Raphael, 1998; Soler, 2001).

Staats y Heiby (1985) sugieren la importancia de señalar que entre las estrategias de control que emplea el maltratador hay algunas relacionadas con la aparición de trastornos depresivos. Así, en primer lugar, el maltratador castiga a la mujer cuando ésta muestra respuestas adaptativas (expresar miedo, enfado, buscar ayuda), e incluso, cuando ella intenta defenderse, puede aumentar la intensidad del maltrato, disminuyendo de esta manera la probabilidad de que la mujer emita esas respuestas adaptativas en el futuro. Y en aquellos casos en los que ella intenta romper la relación, aumenta el riesgo de maltrato e incluso de asesinato.

Además, el castigo tiene efectos más negativos cuando es inconsistente y va aparejado con refuerzos esporádicos, es decir, cuando la persona no puede establecer relaciones claras entre su comportamiento y las consecuencias que recibe por él, puesto que una misma conducta en ocasiones tiene como consecuencia un castigo y, en otras, un premio. Esta incapacidad para predecir las consecuencias del propio comportamiento puede dar lugar a lo que la literatura psicológica ha llamado sentimientos de indefensión y que frecuentemente son presentados por las mujeres que viven situaciones de este tipo.

Otro de los trastornos presentes en las mujeres golpeadas es el de indefensión aprendida, ya que, cuando todo lo que se hace y cuando todos los esfuerzos no logran causar ningún efecto ni la situación se modifica, se abandonan los intentos y la actividad, se cae en una obediencia pasiva al entorno, y todos los estímulos externos que sobrevengan a partir de ese momento rebotarán contra el condicionamiento operado. En la mujer golpeada, sólo se necesita el tiempo necesario para que en ella se instale la certeza de que son inútiles sus cuidados para evitar la violencia del marido. Es un conocimiento que se instala en su organismo, que no hace más que absorber la tensión permanente en la casa, dentro de la cual no puede predecirse cómo y cuando vendrá el enojo, el golpe, el insulto, la humillación. Lo único seguro es que vendrá y cada vez más seguido. Cuando ya no da más, lo que viene es una profunda depresión. Un debilitamiento psíquico que puede acompañarse por diversos trastornos orgánicos, siendo lo más frecuente la anemia.

El trastorno por estrés post-traumático es otro de los cuadros que presentan las mujeres víctimas de violencia (Duglas, 1987; Rosenwater, 1988; Walker, 1987, 1994; Houskamp y Foy, 1991; Dutton y Hart, 1992^a; Kusher, Riggs, Foa y Miller, 1992; Browne, 1993; Goodman, Koss, Fitzgerald, Russo y Keita, 1993; Dutton, Saunders, Starzomski y Bartholomew, 1994; Villavicencio, Sebastián y Ruiz, 1994; Zubizarreta, Sarasua, Echeburúa,

Corral, Sauca y Emparanza, 1994; Astin, Ogland-Hand, Foy, David y Coleman, 1995; Echeburúa, de Corral Amor, Sarasua, Zubizarreta, 1997a). El trastorno por estrés post-traumático puede ser un diagnóstico apropiado para entender y etiquetar las consecuencias psicológicas derivadas del maltrato.

La Asociación Americana de Psiquiatría introduce en la tercera edición de su Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM III,) el concepto de trastorno por estrés post-traumático con intención de reunir un conjunto de entidades diagnósticas que hasta ese momento estaban dispersas (síndrome del trauma de la violencia, neurosis de guerra, síndrome de supervivencia, etc.). Con este nombre engloba un conjunto de síntomas de ansiedad que se manifiestan de forma similar en la mayoría de las personas al enfrentarse con un acontecimiento psicológicamente traumático que, por lo general, se encuentra fuera del marco habitual de la experiencia humana.

En la cuarta edición de este manual (DSM IV) se pone énfasis en la reacción de la persona más que el tipo de acontecimiento traumático. Concretamente, los criterios que se proponen para el diagnóstico de este trastorno incluyen la exposición a un acontecimiento traumático, su reexperimentación a través de diferentes formas (pensamientos, sueños...), la evitación persistente a estímulos asociados al trauma y el aturdimiento de la actividad general, los síntomas persistentes de activación y como criterio temporal, la prolongación de estas alteraciones (que provocan malestar significativo o alteraciones del funcionamiento de la persona) más allá de un mes.

Este trastorno puede llegar a ser especialmente grave o duradero cuando el agente estresante es obra de otros seres humanos y la posibilidad de presentarlo puede verse aumentada cuando más intensa es o más cercana físicamente se halla el agente estresante. De hecho, cuando el causante del trauma es otra persona pueden aparecer los siguientes síntomas: afectación del equilibrio afectivo, comportamiento impulsivo y autodestructivo, síntomas disociativos, molestias somáticas, sentimientos de inutilidad, vergüenza, desesperación y desesperanza, sensación de perjuicio permanente, pérdida de creencias anteriores, hostilidad, retraimiento social, sensación de peligro constante, deterioro de las relaciones con los demás, alteraciones de características de personalidad previas, etc.

Otros trastornos relativamente frecuentes son: los trastornos de ansiedad, como fobias, ataques de pánico o trastornos obsesivos-compulsivos (Jaffe, Wolfe, Wilson y Zak, 1986; Follingstad, Brennan, House, Polck y Rutledge, 1991; Gleason, 1993; Goodman, Koss, Fitzgerald, Russo y Keita, 1993; Walker, 1994; Zubizarreta, Sarasua, Echeburúa, Corral,

Sauca y Emparanza, 1994; Mc Closkey, Figueredo y Koss, 1995; Roberts, Lawrence, Williams y Raphael, 1998); los trastornos y estados disociativos o psicosis reactivas breves (Rosenwater, 1985, 1988; Courtois, 1988); los trastornos de alimentación, como anorexia o bulimia (Walker, 1984, 1994; Dutton y Hart, 1992b); y las adicciones como el alcoholismo o las drogodependencias (Gleason, 1993; Blount, Silverman, Séller y Seese, 1994; Walker, 1994; Down y Millar, 1997; Roberts, Lawrence, Williams y Raphael, 1998).

Como señala la Organización Mundial de la Salud, podemos decir que, de acuerdo con los datos disponibles, las mujeres que experimentan malos tratos tienen entre 4 y 6 veces más posibilidades de necesitar tratamiento psiquiátrico que aquellas que no lo sufren.

En relación con estos trastornos mentales es importante puntualizar que en la mayoría de los casos estos son consecuencia del maltrato y en ningún modo su causa. Es decir, si las mujeres enferman es por el maltrato recibido o por el miedo vivido, no presentaban la enfermedad previamente.

En segundo lugar, se debe tener en cuenta, que en algunos casos, que el comportamiento inhibido y la falta de reacción de las mujeres maltratadas debe interpretarse más como una estrategia de afrontamiento pasiva destinada a preservar su vida (y que se reconoce como tal en otro tipo de situaciones) y no como un síntoma depresivo ni como un indicador de que las mujeres están cómodas o a gusto en la situación en la que viven.

Por último también es importante recordar que las mujeres maltratadas no son un grupo uniforme y tampoco lo son, por tanto, las consecuencias que el maltrato tiene para ellas. En este sentido se sugiere que el número y la severidad de los síntomas y consecuencias del maltrato sobre la salud mental de las mujeres estarán relacionados con factores como la frecuencia y severidad del abuso, el tipo de abuso padecido (físico, emocional y/o sexual), el ajuste al rol sexual tradicional, la percepción de la situación y de la violencia como más o menos letal, la historia familiar de abuso, la disponibilidad de redes sociales y familiares, la posibilidad de predecir y/o controlar el maltrato, la edad, la estabilidad y los recursos psicológicos previos o la autoestima.

2.6 INVESTIGACIONES

Aunque se da gran variabilidad en el tiempo de permanencia en la relación, la media suele ser superior a los 10 años. En un estudio realizado en Asturias se encontró que la media fue de 14,1 años (Fontanil, Méndez-Valdivia, Cuesta, López, Rodríguez, Herrero y Ezama, 2002) y en otro realizado en Canarias la media era algo menor: 11,5 años, aunque el rango

oscilaba entre menos de doce meses y 43 años (Matud, 2004a). En este último estudio, realizado con 240 mujeres que habían sido o eran maltratadas por su pareja, se encontró que, aunque había una gran variabilidad en la edad de comienzo de la relación con la pareja que les maltrataría (el rango oscilaba entre 11 y 50 años), la mitad de las mujeres habían comenzado tal relación antes de los 21 años, y el 77% antes de los 27. El rango de edad en que las mujeres comenzaron a sufrir los abusos oscilaba entre 13 y 54 años, aunque la mitad ya había sido maltratada antes de los 23 y solo el 10% de las mujeres comenzó a sufrir abusos de su pareja a partir de los 33 años. Y pese a que muchas personas sostienen la "creencia" de que la mujer maltratada se caracteriza por tener relaciones con distintas parejas que abusan de ella (lo que la hace "sospechosa"), se encontró que en algo más de la mitad de los casos (el 54,5%) se trataba de la primera pareja; el 34% había tenido una o más relaciones de pareja anteriores, pero no había sufrido maltrato, y únicamente el 11,6% habían tenido relaciones anteriores en las que habían sufrido abusos de su pareja.

Tampoco es infrecuente el maltrato del marido a su mujer embarazada, con el consiguiente aumento del riesgo para la mujer y el niño. Y también es probable que el hombre que golpee a su esposa agrede a sus hijos/as, si bien las tasas de concurrencia de tales agresiones varían si se trata de muestras comunitarias o clínicas. Aunque en las primeras las tasas se sitúan en torno al 6% en las segundas se estima en torno al 40%. Además del impacto que tiene en la salud de los/as hijos/as (se ha estimado que la probabilidad de desarrollar problemas clínicos es entre dos y cuatro veces mayor que en los/as hijos/as de las familias sin violencia), algunos autores han planteado que parece darse una transmisión intergeneracional de la violencia (Fontanil, Méndez-Valdivia, Cuesta, López, Rodríguez, Herrero y Ezama, 2002). Aunque la asociación es entre débil y moderada (Stith y Rosen, 1990) se ha encontrado que es más probable que un hombre que haya sido víctima o testigo de violencia en su familia de origen sea violento y se convierta en agresor de su pareja, y algunas mujeres maltratadas por su pareja también han sido testigos o víctimas de maltrato en su familia de origen. Pese a que no están claras las vías de transmisión, los factores de riesgo parecen ser, además del modelado directo, el desarrollo desde la infancia de una serie de alteraciones psicológicas, las cuales son a su vez factor de riesgo de agresión a la mujer.

2.7 PROPUESTAS DE TRATAMIENTO

La importancia de diseñar modelos de intervención para la violencia familiar es fundamental, ya que la violencia y la amenaza de violencia plantean problemas difíciles para la sociedad en general y a los expertos que la atienden en especial.

La violencia puede despertar fuertes sentimientos de repugnancia y miedo, hacer que se culpe o censure a la víctima, o bien, provocar el impulso de rescatar a la víctima (Delgadillo y Gurrola, 2000).

Es por esto que resulta importante la capacitación de las personas que se encargan de dar atención a personas con esta problemática, y por la magnitud del problema es necesario crear modelos diseñados específicamente para intervenir en estas situaciones.

En este sentido resulta importante para Feldman y Thomadsen (1991) la estabilización de los polos sujeto/objeto de la violencia, ya que considera que es la clave para la asignación de roles, para el posicionamiento social-moral y la consecuente atención de las víctimas de violencia doméstica.

La intervención clínica puede llevarse a cabo en un entorno comunitario (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997), especialmente cuando la pareja sigue unida y cuando la violencia no es excesivamente grave, o en un medio penitenciario, cuando el agresor está recluido en prisión y, especialmente, cuando está próximo a la excarcelación.

Para esto es necesario desarrollar adecuadamente los organismos con los que se cuenta (Trabajo Social, Educadores, Atención primaria de la salud, psicólogos, etc.), y no necesariamente crear nuevos. Lo que si es necesario crear son nuevos modelos de intervención y de prevención, que desde una perspectiva preventiva, en la medida en que disminuya el número de hombres violentos contra la pareja, también lo hará la violencia futura. Se trata, en definitiva, de interrumpir la cadena de transmisión intergeneracional y el aprendizaje observacional por parte de los hijos.

En cuanto a los modelos creados para la intervención psicológica con personas que viven violencia, ya sea que se les considere como víctimas o victimarios, se han creado diferentes modelos, algunos grupales, de pareja y otros individuales, aunque algunos autores como Echeburúa, Fernández-Montalvo (1997); Sarasúa y Zubizarreta (2000), recomiendan que la terapia de pareja no es muy conveniente.

Estos modelos son creados partiendo de los efectos que produce la violencia, y ante la ausencia de respaldo teórico sobre la recuperación, en Estados Unidos, el Movimiento de

mujeres golpeadas ha realizado una acción intencional para presentar a las mujeres como sobrevivientes, proporcionando en el proceso, un esquema narrativo que permite a las mujeres nombrar la violencia sufrida (presentándose como víctimas) y construir un relato sobre la forma en que sobrevivieron (mostrándose a sí mismas como agentes activos) (Coob, 1997). El relato como sobreviviente funciona diferente a los relatos médicos y psicológicos que caracterizan a la mujer golpeada como patológica. El término sobreviviente habilita a los servicios asistenciales y a las víctimas a narrar una historia sobre la violencia que no refiere una patología psicológica, y que en su lugar examina la desintegración de estructuras cognitivas a través del abuso, así como la reconstrucción de éstas a través de la terapia.

Pero aún cuando algunas mujeres violentadas sean capaces de reconstruir su situación y mantenerla, esto no es sinónimo de recuperación de los efectos de la violencia. El problema según Pakman (1995) es que el modelo que se ha utilizado para diagnosticar y denominar los efectos patológicos de la violencia no permite distinguir el proceso de recuperación por dos razones: primero, por que se centra en los síntomas que aunque irreversibles no proporcionan un modelo de salud (la ausencia de trastornos en el sueño no es equivalente a bienestar); segundo, porque no permite observar los cambios en la dimensión interpersonal o social, (conocer los síntomas no implica predecir el establecimiento de relaciones íntimas de apoyo). Por estas razones el enfoque de la recuperación de la violencia, basado en los síntomas individuales, impide que se comprendan los procesos sociales y discursivos que contribuyen a la capacidad de acción y el crecimiento de la mujer.

Respecto a esto, cuando la mujer acepta que el marido no posee cualidades de amabilidad y afecto, tiene que enfrentar la inercia social en la cual las mujeres violentadas tienen que construir y sostener su condición de víctimas por un largo periodo, para así reconstruir una nueva vida lejos de su abusador; esta condición debe mantenerse ante procesos legales, entrevistas con trabajadores sociales, amigos y familiares. Algunas mujeres lo logran, otras, sin embargo, se muestran incapaces de alejarse de las relaciones abusivas (Cox y Stoltenberg, 1991).

Podemos observar cómo muchas parejas se mantiene juntas a pesar de la continua violencia en su relación; muchas mujeres maltratadas después de episodios graves abandonan el hogar, pero suelen volver a sus casas. Es claro que existen razones económicas y sociales por las cuales las mujeres maltratadas reanuda relaciones con maridos que las maltratan, entre ellas la falta de dinero y alojamiento, dudas acerca de su capacidad de ser independiente y miedo a la condena social (Delgadillo y Gurrola, 2000).

Pero incluso desde la perspectiva de la víctima, es un error contraponer la ayuda psicológica a la víctima con el tratamiento al maltratador, con el argumento de que hay que invertir todos los recursos sociales y económicos en las víctimas. No puede olvidarse que, al menos, un tercio de las mujeres maltratadas que buscan ayuda asistencial o interponen una denuncia siguen viviendo, a pesar de todo, con el agresor (Echeburúa, Amor y Corral, 2002; Feazell, Mayers y Deschner, 1984; Pudrý y Nickle, 1981). Tratar psicológicamente a la víctima y prescindir de la ayuda al agresor es, insuficiente. Tratar al agresor es una forma de impedir que la violencia, más allá de la víctima, se extienda a los otros miembros del hogar (niños y ancianos), lo que ocurre en un 30% o 40% de los casos (Echeburúa y Corral, 1998).

Si se aboga sólo por las medidas coercitivas con el agresor, se comete otro error. El maltratador, por lo general, o bien no entra en prisión o, si resulta encarcelado, lo es por un corto periodo. En uno y otro caso el agresor se muestra irritado y aumenta el riesgo de repetición de las conductas violentas contra la pareja (Daly y Pelowski, 2000).

Además, si se produce una separación o divorcio y el agresor conoce a otra mujer, se puede predecir que va a haber, más allá del enamoramiento transitorio, una repetición de las conductas de maltrato con la nueva pareja.

Es por esto que se recomienda los tratamientos psicológicos de hombres violentos contra la pareja además de que se ofrecen resultados aceptables (Corsi, 1995; Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997). Si bien el nivel de rechazos y abandonos prematuros es todavía alto, los resultados obtenidos hasta la fecha son satisfactorios: se ha conseguido reducir las conductas de maltrato y evitar la reincidencia, así como lograr un mayor bienestar para el agresor y para la víctima (Austin y Dankwort, 1999).

Los problemas que se presentan para el tratamiento de hombres violentos es la falta de reconocimiento del problema o la adopción de una actitud soberbia de autosuficiencia, con un aparente dominio de la situación, ya que dificultan la búsqueda de ayuda terapéutica. Es preciso evaluar en el primer contacto con el agresor el nivel de motivación para el cambio, así como su grado de peligrosidad actual, porque la protección de la víctima resulta prioritaria en este contexto. En términos generales, la motivación inicial para el tratamiento en el maltratador suele ser débil e inestable, sobre todo en aquellos pacientes que acuden al tratamiento por vía judicial.

La decisión de acudir a un programa terapéutico se adopta sólo cuando se dan varios requisitos previos: reconocer que existe un problema; darse cuenta de que el sujeto no lo

puede resolver por sí solo; y, por último, valorar que el posible cambio va a mejorar el nivel de bienestar actual. El hombre violento va a estar realmente motivado cuando llega a percatarse de que los *inconvenientes* de seguir maltratando superan a las *ventajas* de hacerlo. El terapeuta debe ayudar al agresor a lograr esa atribución correcta de la situación actual y a descubrirle las soluciones a su alcance.

Una vez que el sujeto ha acudido a la consulta por vez primera (habitualmente por presión de su pareja o por mandato judicial), el objetivo es mantenerlo en el tratamiento, porque las consultas iniciales no garantizan la continuidad en la terapia.

Se trata, en primer lugar, de establecer una relación terapéutica basada en la confianza, en la confidencialidad y en el deseo sincero de ayuda por parte del terapeuta, lo que implica advertir al sujeto, en un clima exento de juicios moralizantes, sobre su situación real y sobre los riesgos de su conducta. Asimismo hay que persuadir al sujeto de las ventajas de un cambio de comportamiento: sentirse mejor, aprender a controlar sus emociones, establecer relaciones de pareja adecuadas, mejorar su autoestima y valoración social, etcétera. Y, por último, hay que generar unas expectativas de cambio realistas en el sujeto. Eliminar la ira o los celos por completo no es un objetivo alcanzable, pero sí lo es, en cambio, mantenerlos bajo control y canalizarlos de una forma adecuada.

Para esto es necesario desarrollar ampliamente buenos programas de prevención, puesto que se trata de conductas y actitudes aprendidas a lo largo de la vida del sujeto. Y no solamente de programas escolares (que es el medio más importante) sino a través de todos los agentes sociales para que se instauren mensajes de igualdad de género, actitudes colaboradoras y de compartir (no ayudar) tareas domésticas y responsabilidades de cuidado y atención de los hijos como forma de conseguir un modelado idóneo en la familia. También detectando las fases iniciales de los procesos de maltrato (no minusvalorando actitudes violentas de los hijos adolescentes, indagando los desencadenantes de trastornos emocionales en las mujeres, etc.).

El reconocimiento de todos estos factores es imprescindible en la intervención psicológica con mujeres maltratadas y con hombres violentos ya que, como señalan Goodman, Koss, Fitzgerald, Russo y Keita (1993), el problema de la violencia contra las mujeres no puede ser comprendido centrándose exclusivamente en la psicología del individuo. Otro aspecto a destacar es la necesidad de trabajar dentro de un equipo multidisciplinar, donde se pueda dar respuesta a las necesidades de tipo legal, laboral y social que tan frecuentes son en estas mujeres y que también van a influir en su recuperación.

2.7.1 Tratamiento para hombres

El tratar a los hombres violentos es muy importante ya que de esta forma pueden aprender a relacionarse de forma no violenta, ya sea con su pareja o con futuras parejas, pero esto se complica cuando van a terapia obligados por la esposa o por una orden judicial, ya que en estos casos estas personas no tienen un problema y por lo tanto no tienen deseos de cambiar. Para esto sería necesario mostrarles la importancia que tiene el que ellos abandonen la violencia y los beneficios que pueden obtener de los cambios que lograrían en las relaciones con sus parejas.

Para esto sería necesario abandonar los juicios por parte de los terapeutas ya que tratar a un agresor no significa considerarlo no responsable. Tampoco es conveniente considerar al hombre violento como malo, en cuyo caso merece las medidas penales adecuadas, o como enfermo, necesitado entonces de un tratamiento médico o psicológico.

Los hombres violentos son responsables de sus conductas, pero presentan limitaciones psicológicas importantes en el control de los impulsos, en el abuso de alcohol, en su sistema de creencias, en las habilidades de comunicación y de solución de problemas, en el control de los celos, etcétera (Corral, 2004; Echeburúa, Amor y Fernández-Montalvo, 2002).

En este sentido es más factible implicar en la terapia a aquellos maltratadores que presentan rasgos celotípicos, ansiosos o impulsivos que a los que presentan rasgos de personalidad antisocial (Saraúsa, Zubizarreta, Echeburúa y Corral, 1994; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997a).

Un tratamiento psicológico -no psiquiátrico, que sólo en algunos casos resulta necesario- puede ser de utilidad para hacer frente a las limitaciones de estos hombres que, aun siendo responsables de sus actos, no cuentan, con las habilidades necesarias para resolver los problemas de pareja en la vida cotidiana. De lo que se trata es de controlar la conducta actual para que no se repita en el futuro. De este modo, se protege a la víctima y se mejora la autoestima del agresor (Echeburúa y Corral, 2004; Sarasua y Zubizarreta, 2000).

Una de las motivaciones a despertar en ellos es la huida del dolor, así como el incentivo de un mayor autocontrol. De esta manera podremos llegar a hacerle ser consciente de su conducta nociva. La motivación principal por la que los maltratadores aparecen por la consulta es la de lograr un mayor control sobre su pareja, o "buscar" aprobación por parte del terapeuta de sus puntos de vista y actos; en otros casos vienen presionados por la "amenaza"

de abandono de su pareja (en muchos casos el afán de controlar y el maltrato vienen dados por la dependencia emocional e inseguridad del maltratador).

Tratar psicológicamente a un maltratador es posible, si el sujeto asume la responsabilidad de sus conductas y cuenta con una mínima motivación para el cambio (Hamberger, Lohr y Gottlieb, 2000). Al margen de las diversas funciones que se atribuyen a las medidas penales -retributiva, ejemplarizante y protectora de la sociedad-, no se puede prescindir de su función prioritaria de reeducación y reinserción social del infractor.

Los hombres violentos contra la pareja deben cumplir con unos requisitos previos antes de comenzar propiamente con la intervención clínica: reconocer la existencia del maltrato y asumir la responsabilidad de la violencia ejercida, así como del daño producido a la mujer; mostrar una motivación mínima para el cambio; y, por último, aceptar los principios básicos del tratamiento, a nivel formal (asistencia a las sesiones, realización de las tareas prescritas, etcétera) y de contenido (compromiso de interrupción total de la violencia) (Echeburúa, 2004).

Otra condición es el abandono de toda violencia, especialmente la física, si es que se estuviese produciendo. En este momento se pueden establecer contratos de conducta en los que se establezcan costes y beneficios por conductas violentas o interacciones adecuadas, incluyendo separación/convivencia y plazos o períodos (en el caso de que ambos decidan seguir adelante con su relación).

Para esto es necesario entrenar al agresor en el control de la ira (Weisinger, 1988; Hamberger y Hastings, 1988b, Harris, 1986). Suele haber reacciones de ira que, aunque no desemboquen en agresión física, sí son violentas y verbalmente agresivas. Este abordaje ha de comenzar por la *"Asunción de la responsabilidad propia en los episodios de violencia y aceptación de los principios básicos del tratamiento"* (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2002).

Ese proceso de asunción de responsabilidad (aunque en principio admitan su conducta, el asumir de forma efectiva su responsabilidad y capacidad para evitar la conducta violenta supone un proceso) incluye la intervención psicoeducativa: explicación del mecanismo desencadenante de la ira y la plena capacidad del paciente para controlarla, como efectivamente se estará entrenando para hacerlo.

El control de la ira supone que el paciente ha de aprender a identificar las situaciones que la desencadenan, los pensamientos asociados, la progresión en la activación fisiológica y la puesta en marcha de los recursos para afrontarla. El primero: la suspensión temporal. Se

trata de una técnica de *time-out* (tiempo fuera) que permite al sujeto cortar la escalada de la ira y aplicar otras técnicas como la relajación y la reevaluación cognitiva del incidente.

En las sesiones individuales, el trabajo con el maltratador irá encaminado a que sea capaz de poner en cuestión sus creencias distorsionadas y rígidas mediante técnicas de reestructuración cognitiva (Ellis y Grieger, 1981; Davis, McKay y Eshelman, 1985) y sustituirlas por un pensamiento más racional.

Un rasgo de comportamiento a abordar es el de la manipulación. Es necesario confrontar al maltratador con su "facilidad" para manipular a su pareja (es necesario analizar constantemente situaciones de conflicto en las que aparezca ese "juego" y preparar a ambos para desmontarlo). En este sentido será útil trabajar conjuntamente las técnicas de asertividad y resolución de problemas (Carrasco, 1984; Caballo, 1988; Fábregas y García, 1995)

Otro aspecto importante es la capacidad de expresar sentimientos positivos y negativos (Powell, 1989), sin dejar de lado el tratamiento específico para los problemas de alcohol, drogas, juego y/o celos patológicos, cuando se den.

Los programas que proponen Echeburúa y Corral (1998); Holtzworth-Munroe, Bates, Smutzler y Sandin (1997), tiene una duración media de 15-30 sesiones, está compuesto por diversas técnicas encaminadas al desarrollo de la empatía, al control de los impulsos violentos y al aprendizaje de las estrategias de actuación adecuadas ante los conflictos. En concreto, se pone el énfasis en la educación sobre el proceso de la violencia, el afrontamiento adecuado de la ira y de las emociones negativas, el control de los celos y del consumo excesivo de alcohol, la reestructuración cognitiva de las ideas irracionales respecto a los roles sexuales y a la utilización de la violencia como forma adecuada de resolver los conflictos, el entrenamiento en habilidades de comunicación y de solución de problemas, la educación sexual, etcétera.

Sarasúa y Zubizarreta (2000) proponen un tratamiento psicológico para hombres maltratados. En este tratamiento enfatizan la importancia de asegurar el bienestar psicológico de la mujer y de los hijos, ya sea en el caso de que continúe la convivencia o bien porque en el caso de la separación pueda reincidir en el futuro con otra mujer.

Es necesario concentrar todos los esfuerzos en aquellos maltratadores que conviven con las víctimas y con los que las víctimas deciden reanudar la convivencia. Por esta razón, el programa de intervención debe plantearse en el marco de una asistencia integral a la violencia familiar –para quien la sufre y para quien la ejerce- a través de un abordaje individual, independiente, pero que desarrolla de forma paralela.

La intervención psicológica dirigida a los maltratadores ha demostrado ser eficaz cuando perciben las consecuencias negativas de su conducta y existe una motivación y una voluntad para el cambio, como en cualquier otro tipo de problemática, el tratamiento del hombre violento proporciona mejores resultados si se aborda en sus primeras manifestaciones. Sin embargo y a pesar de que esta no es la realidad que, hoy por hoy, más frecuentemente ocurre en el ámbito clínico, se empieza a registrar un aumento en la demanda terapéutica cuando las conductas violentas surgen en las primeras etapas del matrimonio e incluso, por propia iniciativa.

Cuando un agresor pide ayuda psicológica suele estar en la última fase de su relación. Generalmente, tras el último episodio violento, la mujer plantea la separación como la última alternativa posible y presiona a su pareja para iniciar una intervención psicológica. En este caso la verdadera motivación para el tratamiento, en ese momento, es restablecer una convivencia lo más rápidamente posible.

El primer objetivo debe ser siempre la desaparición del maltrato –el control de los impulsos violentos- y en segundo lugar, el restablecimiento de la convivencia o, en su caso, la separación.

El aspecto más importante del tratamiento es conseguir que la presión inicial se convierta en una motivación real. Para ello, es imprescindible que el maltratador asuma las siguientes reglas de oro:

Cada persona es responsable de sus conductas, sean cuales sean las circunstancias en que se produzcan.

Los impulsos agresivos siempre se pueden controlar.

La violencia física y psicológica produce siempre daño físico y emocional.

La violencia en la relación de pareja es inadmisibles en cualquiera de sus formas.

La relación de pareja no es una relación de poder y control, sino que debe estar basada en la igualdad y en el respeto mutuo.

En el contexto terapéutico, no es tarea fácil asumir estas premisas. De hecho, la mitad de los agresores abandonan o rechazan la terapia por este motivo. Cuando se establece la motivación necesaria y adquieren la responsabilidad de lo ocurrido se alcanza un punto clave, pero a la vez se vuelve a construir un periodo de riesgo, en este caso, para ambos miembros de la pareja. El maltratador, a menudo, piensa que nunca más volverá a perder el control y cambia de forma drástica su comportamiento. Y la víctima, puede llegar a creer lo que tantas veces ha esperado y experimentar una auténtica “luna de miel”.

Como consecuencia de ello, el hombre puede volver a pensar que, en realidad, no necesita ayuda y la mujer vuelve a entrar en un periodo de confusión. Por esta razón, es necesario intervenir de forma individual e independiente con el maltratador y con la víctima para ajustar su pensamiento a la realidad, pero dentro de un abordaje global.

De acuerdo con Sarasúa y Zubizarreta (2000), una vez superada esta fase, se inicia una intervención estructurada y centrada sobre los principales factores implicados en la situación de maltrato y con un abordaje terapéutico flexible dadas las diferencias registradas en cada caso.

Tras superar con éxito la intervención propuesta y si el objetivo es reanudar una convivencia en pareja se desarrolla una terapia específica de forma conjunta, orientada a afrontar los déficits más importantes.

2.7.2 Diferencias con una terapia de parejas en conflicto

De acuerdo con Sarasúa y Zubizarreta (2000), está contraindicada la terapia de pareja, al menos en las primeras fases del tratamiento. La presencia de la violencia distorsiona la relación de tal forma que no es posible este tipo de terapia. La mujer estaría tan inhibida o rabiosa en presencia de su pareja que no se obtendría beneficio de este contexto terapéutico. Además, cuando un maltratador exige desde el primer momento una terapia de pareja, no se responsabiliza de la violencia ejercida ni muestra signos de tener conciencia de su problema o disposición para cambiar.

No obstante, algunas sesiones -en concreto, las relacionadas con las habilidades de comunicación- se pueden realizar, en una fase avanzada de la terapia, a nivel de pareja cuando el caso concreto lo requiere y sólo si el maltratador ha tomado plena conciencia de su problema, han cesado por completo los episodios de violencia y el desarrollo del tratamiento hasta ese momento ha sido positivo.

Hay situaciones en las que es posible un abordaje en pareja, y esto es cuando acuden ambos, de mutuo acuerdo, reconociendo que tienen problemas en su relación (incluso puede existir violencia en diferentes grados), de una terapia "en pareja" de una situación de maltrato. En la pareja que se reconoce en conflicto, ambos miembros asumen, en mayor o menor grado, su responsabilidad y por tanto es más fácil que se motiven más efectivamente en la participación.

Esto se complica cuando el maltratador no tiene ni suele desarrollar fácilmente una capacidad empática que le permita considerar su actitud como equivocada o errónea. Suele justificar su agresividad y dominancia con argumentos típicamente machistas como: *"ella me discute"* *"siempre se quiere salir con la suya"* *"yo tengo razón"* *"ella no sabe"* *"es que nunca quiere tener relaciones"* *"es muy fría"* *"si no la obligo, nunca lo hacemos"* y cosas parecidas. Si existe una amenaza seria de abandono o alguna pérdida importante (económica o de estatus), exista mayor probabilidad de que accede a la terapia.

En el maltratador hay una actitud predominante, que es la fuente de su agresividad, que es la de ese machismo extremo (Bonino, 1998), que, como sabemos, forma parte de esa estructura de la personalidad (la de las creencias y deberes morales) que guía toda su conducta y filtra su pensamiento. Dado esto, se asume que, aunque acceda a acudir a terapia, su motivación hacia la misma va a aparecer no por su responsabilidad en el problema (en un principio), sino por mecanismos de gratificación o disminución de sensaciones aversivas.

Parece contradictorio, pero los maltratadores sufren y, "Para conseguir de ellos un cambio en profundidad, es preciso llegar a sus emociones y a su dolor" (Rondeau, 1996). Al tiempo que ignoran el malestar y el dolor que infringen a sus parejas, magnifican y se duelen de sus propias desgracias.

Seguidamente en pareja se trabajará "La escucha activa" así como la empatía, mediante juegos de inversión de roles (tanto en la consulta, como programados semanalmente para que la pareja realice en casa tareas y actividades previamente establecidas que habitualmente realiza el otro). Otra parte de la terapia consiste en entrenar técnicas de resolución de problemas, habilidades de comunicación y el abordaje y/o resolución de disfunciones sexuales.

En la mayor parte de los casos, incluso en los que la mujer plantea a su pareja acudir ambos a terapia, el abordaje no puede hacerse más que desde una perspectiva individual, ya sea porque el marido se niega a acudir o bien, aunque acuda, pronto desiste ya que lo único que suele pretender es que su pareja acate sin rechistar sus planteamientos y demandas y, por supuesto, no está dispuesto a "escuchar" las demandas y puntos de vista de ella, rebatiéndolos, contradiciéndola y minusvalorando sus opiniones en todo momento.

2.7.3 Terapia para mujeres

El primer paso de la terapia es el de la evaluación psicológica. Es importante que la mujer comprenda por qué es importante la evaluación, qué tipo de información se va a recoger

y la medida en que otras personas tienen o pueden tener acceso a dicha información. Dadas las implicaciones legales del maltrato a la mujer, debe saber que los datos obtenidos pueden o deben tener tratamiento jurídico. También es importante tener en cuenta que en la evaluación, al contar su historia, la mujer puede reexperimentar el miedo y el dolor emocional asociado con el incidente, especialmente si ha ocurrido hace muchos años (Walker, 1994). Como señala esta autora es importante que se sea sensible a estas emociones y se proporcione un encuentro terapéutico que facilite la comprensión y la curación, a la vez que se está recogiendo la información.

A la hora de evaluar y planificar la intervención psicológica parece adecuado el modelo de respuesta ante el maltrato propuesto por Dutton (1992), quien plantea la necesidad de analizar los siguientes componentes:

- 1) el tipo y patrón de violencia, abuso y control;
- 2) los efectos psicológicos del abuso;
- 3) las estrategias de las mujeres maltratadas para escapar, evitar y/o sobrevivir al abuso;
- 4) los factores que median tanto las respuestas al abuso como las estrategias para sobrevivir a éste. Todo ello analizado dentro del contexto social, cultural, político y económico.

Analizar el tipo y patrón de abusos del agresor va más allá de la descripción de los actos de violencia, ya que la comprensión de la experiencia de la mujer maltratada implica también conocer el sentido que para ella tiene el contexto en que se da la violencia. Así, es importante tener en cuenta que algunas conductas no violentas pueden tener las mismas propiedades que las violentas en cuanto al control de la víctima se refiere, en la medida en que anteriormente se han asociado con violencia. Así, por ejemplo, el tono de voz, determinadas miradas, la ingesta de alcohol, pueden adquirir propiedades similares a la conducta agresiva .

Al evaluar los efectos psicológicos de la violencia, abuso y control es necesario tener en cuenta:

- 1) Los cambios cognitivos, ya sea de los esquemas cognitivos, las expectativas, las atribuciones, percepciones o la autoestima de la mujer maltratada;
- 2) Los indicadores de malestar o disfunción psicológica (por ejemplo, los miedos, la ira, la depresión, el abuso de sustancias);
- 3) Los problemas de relación con otras personas distintas al agresor, tales como problemas de confianza en los demás, miedo a la intimidad.

Todas estas respuestas deben ser inicialmente consideradas como respuesta al trauma, sin asumir psicopatología anterior, siendo una hipótesis de trabajo que se puede poner a prueba a lo largo de la intervención.

Dentro de los factores que influyen o median tanto los efectos psicológicos del abuso como los intentos de las mujeres para evitar y escapar del abuso y protegerse a sí misma y a sus hijos/as, Dutton incluye:

1) La respuesta institucional que, si es positiva puede no solo ayudar a la mujer maltratada a evitar la violencia en el futuro, sino que incluso puede mediar la gravedad de sus efectos, pero que si es negativa puede generar victimización secundaria;

2) Las potencialidades y puntos fuertes de la mujer, que pueden ser desde la confianza en sí misma para encontrar soluciones al problema hasta creer en su derecho de vivir libre de violencia, pasando por la determinación en lograr sus metas, el conocimiento del abuso y sus efectos, sus capacidades organizativas, sociales, ocupacionales.

La evaluación, validación, y fomento de estas capacidades puede facilitar en gran medida los intentos de la mujer maltratada para protegerse y evitar violencia futura;

3) Los recursos materiales y el apoyo social, que pueden tener un importante efecto en la capacidad de la mujer para responder de forma efectiva ante la violencia;

4) Los factores históricos, de aprendizaje y de salud física, tales como la socialización rígida en los roles de género; victimizaciones anteriores u otros traumas sufridos en la infancia que pueden aumentar la vulnerabilidad de la mujer y propiciar que victimizaciones posteriores tengan efectos más negativos; o las limitaciones o discapacidades físicas;

5) La presencia de estresores actuales adicionales al maltrato de la pareja, que pueden influir tanto en la reacción psicológica de la mujer maltratada como en sus esfuerzos por responder a éste;

6) Los aspectos positivos y negativos de la relación con la pareja que percibe la mujer maltratada, ya que es importante conocer estas percepciones para comprender su conducta dentro de la situación de abuso.

En cuanto a las técnicas de evaluación, las más utilizadas han sido las entrevistas y los cuestionarios, recomendándose una evaluación multimétodo. Se han utilizado tanto entrevistas no estructuradas como estructuradas, siendo más adecuadas las primeras al comienzo de la evaluación, ya que permiten que la mujer exprese su historia tal como desea. En esta evaluación se recomienda una escucha activa, empática, que proporcione validación de la

experiencia de la mujer, y en la cual no se la juzgue, interprete ni aconseje (Dutton, 1992; Walker, 1994).

Las entrevistas estructuradas permiten obtener información más específica, tanto del abuso, como de todas aquellas áreas que es importante evaluar pero a las que la mujer no se ha referido o no ha precisado en la evaluación inicial. Walker (1994) plantea que es útil recoger la descripción de episodios de abuso concretos, tales como el más reciente, el peor y el primero y Dutton recomienda preguntas específicas y directas para reducir lo más posible la minimización del abuso.

Por otro lado los tratamientos llevados a cabo con mujeres maltratadas son varios, aunque en la mayoría no se ha analizado su eficacia, Lundy y Grossman (2001), citan más de 16 modelos en su trabajo de revisión de las investigaciones y de la práctica clínicas con mujeres maltratadas.

Es importante destacar que no todo tipo de terapias es adecuado. Como señala Walker (1994), la psicoterapia tradicional deberá modificarse de modo que tenga en cuenta el impacto específico del trauma y la respuesta idiosincrática de la mujer. Esta psicoterapeuta, con más de 20 años de experiencia con mujeres víctimas de maltrato, en su libro *Abused women and survivor therapy* compila una serie de estrategias de intervención, cuyos orígenes están en la teoría feminista y en la terapia del trauma, que considera una nueva forma de intervención y la denomina *Survivor therapy*.

Los principios más relevantes son la seguridad de la mujer (Sarasua y Zubizarreta, 2000), su empoderamiento, la validación de sus experiencias, el énfasis en sus puntos fuertes, la educación, la diversificación de sus alternativas, el restaurar la claridad en sus juicios, la comprensión de la opresión y que la mujer tome sus propias decisiones. También incluye el tratamiento de los síntomas producidos por el abuso mediante técnicas tomadas de otras terapias, especialmente del enfoque cognitivo-conductual, aunque reconoce que pueden ser útiles otras técnicas cuando los tratamientos son grupales o si el impacto es muy grave (Walker, 1994).

Otro modelo que se podría tomar en cuenta es el elaborado a partir de las investigaciones realizadas por Echeburúa y Corral (1998); y Echeburúa, Corral, Sarasúa y Zubizarreta (1996), esta basado en técnicas cognitivo-conductuales, ya que son las más recomendadas en los diferentes estudios, pero también incorpora muchos de los principios y estrategias generadas desde la perspectiva socio-estructural del maltrato a la mujer. Sin obviar

la relevancia del tratamiento directo de los síntomas de la mujer maltratada, y para esto es necesaria una aproximación integral en la que se tenga en cuenta, además del contexto social y cultural, los factores que median la respuesta de la mujer ante el abuso. Es un planteamiento que, centrado en el desarrollo de las potencialidades de la mujer, tiene como meta final el ayudarle a que recupere el control de su propia vida.

Los objetivos planteados en el programa de intervención son los siguientes:

- 1) Aumentar la seguridad de la mujer maltratada, ya que no se puede olvidar el peligro físico en el que viven inmersas estas mujeres.
- 2) Reducir y/o eliminar sus síntomas.
- 3) Aumentar su autoestima y seguridad en sí misma;
- 4) Aprender y/o mejorar los estilos de afrontamiento, de solución de problemas y de toma de decisiones.
- 5) Fomentar una comunicación y habilidades sociales adecuadas.
- 6) Modificar las creencias tradicionales acerca de los roles de género y las actitudes sexistas.

Aunque estos objetivos se modifican y/o adaptan en función de la problemática y la situación concreta de la mujer, lo que se pretende con ellos es conseguir normalizar la experiencia de la mujer y fomentar su independencia, recuperando así el control de su vida y dándole estrategias que la sitúen en una posición de mayor poder y confianza en sí misma.

Para poder alcanzar estas metas, la psicología cuenta con una serie de técnicas y estrategias. Las que se han mostrado más efectivas para las mujeres maltratadas y que se utilizan habitualmente son, entre otras, las siguientes:

- a) Estrategias para el control de la ansiedad (respiración profunda, relajación muscular progresiva);
- b) Técnicas cognitivas para identificar y modificar los posibles pensamientos distorsionados, tales como reestructuración cognitiva, parada de pensamiento;
- c) Entrenamiento en habilidades sociales;
- d) Inoculación de estrés, que se utiliza con aquellas mujeres que presentan estrés postraumático;
- e) Entrenamiento en solución de problemas.

Además, es muy importante la inclusión de un componente educativo en el que se aborden las creencias tradicionales sobre el maltrato a la mujer y las actitudes sexistas.

El acercamiento terapéutico propuesto puede ser llevado a cabo tanto de forma individual como grupal, y también pueden combinarse ambas modalidades, dependiendo de las necesidades de cada mujer. Aunque se opte por el acercamiento grupal, la mujer asiste a sesiones individuales previas, en las que se realiza la evaluación inicial.

En la evaluación inicial utilizan una entrevista semiestructurada elaborada por Matud (1999) en la que se exploran los aspectos más relevantes relacionados con los abusos, tanto actuales como históricos, así como las respuestas de las mujeres. También usan diversos test que permiten evaluar, además de la presencia de estrés postraumático y sintomatología depresiva, somática y de ansiedad, los abusos concretos a los que la mujer ha estado sometida, su apoyo social, autoestima y seguridad en sí misma, así como su forma típica de hacer frente al maltrato de su pareja y los estresores actuales. Dicha evaluación no sólo permite recoger los datos necesarios para la intervención y generar un clima de confianza y respeto, sino que también se obtiene un efecto terapéutico de expresión emocional y de validación de la experiencia de la mujer ya que, durante la misma, aún siendo una entrevista con algunas partes muy estructuradas, se permite y fomenta que la mujer exprese sus vivencias, temores, problemas y deseos.

La intervención grupal se realiza en pequeño grupo. Consta de diez sesiones de una duración mínima de dos horas y, aunque cada una de las sesiones está muy estructurada, puede y debe ser adaptada en función de las necesidades individuales y/o del grupo. En cada sesión se plantea uno o más objetivos, aunque muchos de ellos se persiguen en más de una, puesto que es necesario que los contenidos se asimilen de forma paulatina y lleguen a formar parte del repertorio habitual de conductas de las participantes. Además, en todas las sesiones se propone alguna tarea para realizar en casa, con el objetivo de que las mujeres puedan asimilar y consolidar los contenidos de cada una de las sesiones. La intervención grupal tiene la ventaja adicional de proporcionar a las mujeres maltratadas la posibilidad de validar sus propias experiencias y de proveerles apoyo social. Además, el hecho de que se compartan diferentes experiencias en el grupo les da la posibilidad de aprender distintas estrategias y de desdramatizar su propia situación, ayudándoles a comprender que no es un problema individual, que no son las responsables de la situación vivida y que su situación puede ser superada.

Este tipo de intervención se ha puesto en práctica por diversas terapeutas en cuatro centros públicos y se ha aplicado a varios grupos de mujeres maltratadas por su pareja.

Aunque el análisis de la eficacia a largo plazo solo se ha realizado con doce mujeres, en las que se ha encontrado que la mejoría se mantiene a los 12 meses tras el tratamiento, los datos recogidos inmediatamente tras la intervención han mostrado la eficacia del programa en la reducción significativa (o incluso la eliminación en algunos casos) del estrés postraumático, de la indefensión y de la sintomatología depresiva, somática y de ansiedad. Además, las mujeres han aumentado su autoestima y seguridad en sí mismas (Matud, 2004b).

Este programa de intervención ha sido diseñado para mujeres maltratadas que acuden en búsqueda de ayuda profesional a diferentes servicios especializados de atención a la mujer. No se trata, pues, de una intervención "en crisis", sino que se ha aplicado mayoritariamente con mujeres que están, o bien en proceso de separación del agresor, o ya separadas, pero en las que los efectos psicológicos del maltrato aún persisten, si bien en algunos casos las mujeres aún conviven con la pareja que abusa de ellas. Y en la intervención psicológica a aplicar es muy importante tener en cuenta las circunstancias particulares en las que se encuentra la mujer, para garantizarles así las estrategias que se ajusten a su caso. Por ejemplo, si continúan con el agresor o si se encuentran en situación de peligro, es fundamental hacer hincapié en las medidas de seguridad (informarle de qué pasos debe seguir ante un ataque, a qué lugares puede acudir a solicitar ayuda), en los riesgos que corre, etc. Así mismo, debemos señalar que en estos casos la intervención es más compleja, porque algunas de las estrategias que se trabajan con la mujer pueden tener una utilidad muy limitada ante el control ejercido por el maltratador.

En cuanto a la pareja, ésta será entrenada, en técnicas de desarrollo de la autoestima y asertividad, sin dejar de lado las habilidades sociales y crear una capacidad de independencia que le permita prevenir situaciones conflictivas futuras. También se le instruirá en el seguimiento del "time out" de su pareja cuando tenga que hacerlo y, si éste no es capaz de hacerlo, previo acuerdo en la sesión de terapia (se puede estipular en el contrato de conducta), ella abandonará la escena de la discusión, aplazando la misma para cuando él se haya calmado (o fijar un plazo determinado).

Así pues, si la mujer empieza a ser consciente de la necesidad de cambio en su vida, puede iniciar un proceso terapéutico encaminado a mejorar su autoestima, desarrollar sus habilidades asertivas y buscar ese espacio de igualdad en la pareja (o al menos a poner límites a las demandas del marido) o, lo que es más frecuente, aprender a independizarse tanto emocionalmente como económicamente (Echeburúa, Corral, Sarasua, Zubizarreta y Sauca, 1991)

Por otro lado Sarasua y Zubizarreta (2000), proponen un modelo de tratamiento psicológico para víctimas de maltrato doméstico, en el cual, el primer objetivo es eliminar el riesgo de sufrir malos tratos. Por ello, el tratamiento psicológico individual para víctimas de maltrato es un *programa integrado* que consta de dos fases (pautas de actuación urgentes y tratamiento estructurado). Tiene una duración aproximada de entre 3 y 4 meses y se realiza un periodo de seguimiento de un año.

➤ *Pautas de actuación urgentes*

El objetivo principal es que la mujer salga de la relación violenta para preservar su integridad física y psicológica y la de sus hijos. Para ello, se establecen pautas de actuación urgentes en función de la situación en la que se encuentre.

Según Sarasua y Zubizarreta (2000), se deben tener en cuenta tres momentos atendiendo al grado de exposición al maltrato:

- a) Durante la situación de maltrato sin haber iniciado los trámites de separación.
- b) Durante el maltrato tras haber iniciado los trámites de separación.
- c) Tras la separación y expuesta a situaciones de acoso o alejadas de la situación de maltrato.

➤ *Tratamiento Estructurado*

El objetivo prioritario es la superación de las consecuencias psicológicas derivadas de la exposición a la violencia verbal o física. Para ello, es necesario aplicar un protocolo de tratamiento psicológico estructurado que puede ser variable en relación con la gravedad de los síntomas experimentados. Los contenidos son:

El desahogo emocional orientado a proporcionar comprensión (“no está loca, sino que está viviendo una situación loca”) y apoyo a la víctima, facilitando que cuente lo que ocurrido y todo lo que ha pensado y sentido.

La evaluación cognitiva está enfocada a tres puntos básicos. En primer lugar, a la explicación de las reacciones normales ante una experiencia del maltrato y del proceso de adquisición y mantenimiento de los miedos. En segundo lugar, a la discusión racional para eliminar las ideas infundadas, sobre todo en relación con los sentimientos de baja autoestima y de culpabilidad por lo ocurrido, y para conseguir un estilo de pensamiento más ajustado a la realidad. Y, en tercer lugar, a resituar el acontecimiento traumático y a ayudar a las víctimas a continuar adelante con sus vidas, proyectándose hacia el futuro y no ser esclavas del pasado, con un énfasis en los aspectos positivos existentes.

El entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento implica en primer lugar, un entrenamiento en relajación muscular progresiva y respiraciones profundas. En segundo lugar, el fomento de conductas de independencia y de autonomía y la recuperación de actividades reforzantes. En tercer lugar, el enfrentamiento adaptativo a situaciones que provocan reacciones de ansiedad y de evitación y la recuperación gradual de actividades evitadas. Y, en cuarto lugar, el entrenamiento en técnicas de distracción cognitiva.

➤ *Terapia de Grupo*

Para complementar el tratamiento psicológico es aconsejable aplicar una terapia de grupo orientada a la consecución de una intervención psicológica integral. Este tipo de intervención proporciona unos beneficios extras a la terapia individual por que permite que la víctima comparta su experiencia, consiga una autonomía y aprenda a afrontar las dificultades a través del momento del resto del grupo. Es importante tener en cuenta que para que esta intervención sea eficaz, el grupo debe ser homogéneo en relación con las características demográficas, circunstancias del maltrato y estado psicológico de las víctimas.

Los objetivos terapéuticos prioritarios están centrados en la reconstrucción de la autoestima, en la búsqueda de redes de apoyo, en el fomento de conductas de independencia y en la adquisición de estrategias de afrontamiento adecuadas para enfrentarse a los problemas cotidianos.

Un recurso clave en la mejora del grado de valoración personal es la utilización del autorrefuerzo. Es fundamental que la víctima adquiera seguridad en sí misma y lo consigue cuando percibe sus propios esfuerzos personales como logros en las consecuencias de las metas que se propone.

Asimismo, es necesario impulsar un logro de implicación óptimo en actividades gratificantes para recuperar, al menos, el ritmo de funcionamiento anterior a la situación violenta.

Otro aspecto importante es romper el aislamiento social. Para facilitar el contacto social se realiza un entrenamiento en habilidades sociales y de comunicación a través de ensayos conductuales y tareas graduales (por ejemplo; iniciar conversaciones, recuperar antiguas amistades, realizar actividades de ocio y de formación, etc.).

Para fomentar las conductas de independencia se proporcionan pautas de actuación dirigidas a facilitar la búsqueda de empleo. Por una parte, se aporta una información básica

sobre los Centros y recursos existentes y, por otra, se utiliza como modelo la experiencia de otras mujeres del propio grupo.

Finalmente, se analizan y discuten los problemas comunes al grupo (por ejemplo, relaciones con los hijos, organización del tiempo y de las tareas, dificultades económicas, prejuicios sociales en relación con la situación vivida, aspectos jurídicos relacionados con la separación, etc.). Una vez identificados los problemas se aportan diferentes alternativas, se analizan los pros y los contras de cada una de ellas y, finalmente, se elige la más adecuada.

En último término, se trata de restablecer la capacidad de decisión que ha sido dañada durante la situación de maltrato.

Otro modelo, es el propuesto por Mc Cann y Pearlman (1990), este modelo está enfocado a como la mujer comprende y da sentido a la violencia a través de la narración. Ya que en este modelo las mujeres dan sentido en función de los tipos de historias que narran sobre sí mismas, así como las restricciones sobre el narrar historias dentro de su contexto social. Atender al proceso narrativo que lo acompaña posibilita el entendimiento de cómo las mujeres atraviesan el camino de su construcción como víctimas. Lo anterior descentraliza la atención y contradicción sobre la patología, mientras que coloca en primer término los procesos discursivos y sociales.

Al respecto, Scarry (1985) ofrece un modelo para la comprensión y descripción de la construcción social de la víctima prestando atención a las condiciones narrativas de la situación.

Para Scarry, el dolor resiste al discurso, no es sólo que el lenguaje y el dolor sean discontinuos, sino que el dolor funciona de tal manera que produce una disrupción en el lenguaje y destruye la narración. El dolor extremo deshace el mundo, no sólo por que el mundo de la víctima está lleno de dolor, sino por que el dolor reduce el acceso de la víctima a la narración, mistificando la relación causal entre los hechos (quién fue responsable de tal cosa) así como mistificando (falseando) el origen del dolor. De esta forma al no ser clara la identidad/intención del victimario, la identidad/intención de la víctima permanece incompleta y sin forma.

Por lo anterior, el proceso para reducir el alcance de la influencia del dolor y acceder a experiencias que son vitales para que las mujeres se construyan a sí mismas como víctimas, consiste en regresar el dolor al lenguaje, ya que sólo así se hace reconocible y se convierte en un principio explicativo del porque de la violencia.

Scarry describe tres procesos discursivos que están presentes en la transformación del dolor al lenguaje, procesos que poseen un sentido especial para las víctimas de violencia familiar.

1. En primer lugar, el dolor subjetivo que no puede darse a conocer ante otros debe ser objetivado mediante la mención de las heridas y conectadas con las armas que son la causa del dolor y sufrimiento; por ejemplo la escoba es el instrumento para golpear, el cordón es visto como instrumento para ahorcar, el insulto como un instrumento para herir sentimientos, etc. a medida que las armas asumen el papel central del relato (como debe ser al nombrarse las heridas), éstas eclipsan el poder personal de la víctima, el cual es conferido al arma y por asociación a quien la empuña (el victimario). Al conceder poder a las armas también se adjudican intenciones a quienes empuñan éstas, de tal manera que los golpes son “por ser mala madre o ama de casa”, “y para quitarle lo coqueta”, etc. así, la causalidad de las heridas es la que adjudica el victimario y no la víctima y como las mujeres no se construyen a sí mismas como “malas madres o prostitutas” no se tiene una explicación lógica para la violencia a excepción de la dada por el victimario. De este modo se reafirma la posición central del victimario en la vida de la víctima.
2. El dolor a palabras también es llevada a cabo mediante la descripción de la víctima acerca de su pérdida de voz; en su narración, la mujer menciona su incapacidad para detener o escapar de la violencia, para ser entendida por otros. Para estas mujeres que nunca han tenido voz (sí mismo) el retorno al lenguaje suele ser muy doloroso.
3. El retorno al lenguaje desde el dolor también se efectiviza por medio de las historias donde la víctima fracasó en su intento de ser un agente activo. Son frecuentes las historias sobre cómo la mujer trató de abandonar al hombre, llamar a la policía, proteger a los hijos, pero estos intentos al ser fallidos sólo contribuyeron a la renovación del terror y los golpes con el aumento en los niveles de violencia. Estas historias a pesar de reflejar fracasos son importantes para la construcción de la víctima, ya que permiten construir un patrón de la violencia, donde la mujer es destinataria y objeto de la violencia. Por otra parte, estas secuencias narrativas al ser elaboradas por otros permiten distinguir claramente al abusador y simultáneamente absuelve a la mujer. En otras palabras, los relatos reducen el traslape en los papeles de víctima y victimario que de otra manera se encontrarían difusos si la violencia no fuese un patrón y si no fuera iniciada por el hombre.

Con esto finaliza el Enfoque Psicológico, para poder dar paso al Enfoque Interaccional, a partir del cual, se dará la propuesta de tratamiento. Para iniciar, se darán diferentes propuestas basadas en este enfoque, iniciando con la propuesta por Perrone (1997).

III. ENFOQUE INTERACCIONAL Y VIOLENCIA FAMILIAR

3.1 DESCRIPCIÓN DE LA VIOLENCIA

De acuerdo con Perrone (1997), hay cuatro premisas básicas que explican la violencia:

Primera premisa: la violencia no es un fenómeno individual sino la manifestación de un fenómeno interaccional. No puede explicarse tan sólo en la esfera de lo intrapsíquico sino en un contexto relacional, puesto que es el resultado de un proceso de comunicación particular entre dos o más personas.

Segunda premisa: todos los que participan en una interacción se hallan implicados y son, responsables (responsabilidad interaccional no legal). De hecho, quien provoca asume la misma responsabilidad que quien responde a la provocación, aún cuando la ley no castigue sino al que pasa al acto.

Tercer premisa: en un principio, debe darse por sentado que todo individuo adulto, con capacidad suficiente para vivir de modo autónomo, es el gerente de su propia seguridad. Si no asume esta responsabilidad, estimula los aspectos incontrolados y violentos de otra persona, con lo que organiza y alimenta una interacción de carácter violento. Esta idea nos permite concebir las relaciones humanas desde un punto de vista transaccional, donde cada individuo debe realizar operaciones tendientes a garantizar su seguridad personal. Si la persona no efectúa tales operaciones, las transacciones se organizan de modo tal que se vuelve posible la aparición de la violencia.

El hecho de ser víctima (o de ponerse en tal posición) más que en la del verdugo, no cambia en nada el grado de responsabilidad de cada uno. Ésta, obviamente, consiste en no ser ni víctima ni verdugo.

Cuarta premisa: cualquier individuo puede llegar a ser violento, con diferentes modalidades o manifestaciones. La violencia y la no violencia, más que estados opuestos o excluyentes, corresponden a una situación de equilibrio inestable de un mismo individuo. Éste no es de por sí violento, pero en determinado contexto o determinada interacción puede manifestar violencia.

Un individuo no es violento en sí, sino que su violencia aparece según el contexto o la particular modalidad de la interacción en que está inmerso. Esta manera de pensar las situaciones es más operativa para los operadores, porque se evitan así prejuicios rígidos y

pueden imaginarse diferentes formas de salir de la violencia. Es lo opuesto a concebir la violencia como una característica de ciertos individuos, inherente a su particular naturaleza.

3.2 INTERACCIÓN VIOLENTA

Perrone (1997) plantea que la violencia adopta dos formas distintas:

La **violencia agresión**, que se encuentra entre personas vinculadas por una relación de tipo simétrico, es decir igualitaria;

La **violencia castigo**, que tiene lugar entre personas implicadas en una relación de tipo complementario.

Según Watzlawick (1999) las relaciones simétricas y complementarias se definen como:

Simétricas: es un patrón de relación entre individuos donde los participantes tienden a igualar especialmente su conducta recíproca, llamando a esta interacción relación simétrica.

Complementariedad: A y B están de acuerdo sobre la definición del papel y el lugar que les corresponde a cada uno. Hay una adaptación mutua; A define un valor y B lo acepta. La pareja no tiene igual *status*. El modelo se basa en la aceptación de la diferencia existente entre ambos individuos.

Whaley (2001) nos dice que la simetría y la complementariedad no se excluyen en la interacción.

En el curso del aprendizaje social uno de los estilos, simétrico o complementario, se internaliza de modo prevaleciente, aunque no exclusivo. Cuando funciona el grupo social, el sujeto utiliza en algunas circunstancias el registro simétrico y en otras el complementario, predominando de alguna forma uno sobre otro. Sin embargo cuando la relación se impregna de una fuerte carga emotiva, el estilo prevaleciente se vuelve prioritario. (Bateson, 1992 y Watzlawick, 1999).

En la situación simétrica, A y B se hallan en situación de rivalidad y en actitud de escalada. Si A define un valor, B da a su vez una nueva definición, con la que provoca a A. Los partenaires reivindican al mismo status y se esfuerzan por establecer y mantener la igualdad entre sí.

En la relación complementaria, A y B están de acuerdo sobre la definición del papel y el lugar que le corresponden a cada uno. Hay una adaptación mutua: A define un valor y B lo acepta: los partenaires no tienen igual estatus. El modelo se basa en la aceptación y la utilización de la diferencia existente entre ambos individuos.

3.2.1 Violencia Agresión

En la relación simétrica la violencia toma la forma de agresión, y su contexto es el de la relación de igualdad. La violencia se manifiesta como un intercambio de golpes: tanto uno como otro reivindican su pertenencia a un mismo status de fuerza y de poder (Mihalic, Wofford y Elliott 1997).

Puesto que se trata de una relación igualitaria, la escalada desemboca en una agresión mutua. Poco importa que uno sea más fuerte físicamente, ya que la verdadera confrontación se realiza más bien en el nivel existencial. Quien domina en lo corporal puede no dominar en lo psicológico, y la rivalidad se desplaza hacia otro ámbito. Los actores tienen conciencia de esta forma de violencia bidireccional, recíproca y pública.

Cuando se trata de violencia agresión entre adultos se observa que los interlocutores, esposa-esposo, aceptan la confrontación y la lucha. Por ejemplo, el marido puede pegarle a la mujer, pero ésta le arroja un objeto o lo insulta. Así se desarrollan peleas de pareja interminables (Sullivan, 1990).

En la relación simétrica, tras la agresión suele haber un paréntesis de complementariedad que Perrone denomina como pausa complementaria.

A menudo la pausa deja perplejos a los operadores poco experimentados, porque gracias a ella el juego puede reanudarse sin fin. El que ejecutó el acto pide perdón, pasa a la posición baja y puede encargarse de curar al que sufrió la violencia. Éste abandona momentáneamente el enfrentamiento y acepta que lo atiendan. En consecuencia viene el momento de la reconciliación, de la reparación, una breve tregua en el que los actores y participantes olvidan el pasaje al acto y refuerzan su alianza. Durante este período, los actores pueden pedir ayuda fuera del sistema. Por ejemplo, después del episodio violento, el marido solicita atención médica para su mujer o le hace un regalo.

La pausa complementaria comprende dos etapas diferentes:

1. La aparición del sentimiento de culpabilidad, que será el motor de la voluntad y el momento de reparación.
2. Los comportamientos reparatorios como mecanismos de olvido, canalización, desresponsabilización y descupabilización, sirven para mantener el mito de la armonía, de la solidaridad y de la buena familia.

Muchas peleas de pareja desembocan en un pedido de ayuda para impedir el mutuo desgarramiento. La intervención puede iniciarse durante el período de reparación, puesto que

la pareja o la familia lo han pedido, pero luego, paradójicamente, los actores pueden rechazar con el pretexto de haber encontrado el equilibrio relacional creyendo estar seguros de que no habrá más violencia.

La pausa abre la puerta a una intervención terapéutica, pero también puede bloquear esta posibilidad cuando los actores la utilizan como medio para trivializar la violencia por medio de reparaciones apresuradas. Cuando por fin podrían hablar de la violencia, ya no tienen nada más que decir.

La intervención puede iniciarse durante el periodo de separación, puesto que la pareja o la familia lo han pedido, pero luego, paradójicamente, los actores pueden rechazarla con el pretexto de haber vuelto a encontrar el equilibrio relacional, creyendo estar seguros que no habrá más violencia.

En la violencia agresión, la identidad y la autoestima están preservadas: el otro es existencialmente reconocido. El pronóstico es positivo y las secuelas psicológicas son limitadas. Conscientes de la incongruencia de los episodios violentos, los actores de la violencia agresión muestran su preocupación y su voluntad de salir adelante (Aldorado, 1994 y Perrone, 1997).

3.2.2 Violencia Castigo

En la relación complementaria, la violencia toma forma de castigo y se inscribe en el marco de una relación desigual. Se manifiesta en forma de castigo, torturas, negligencia o falta de cuidados. Uno de los actores reivindica una condición superior a la del otro y se atribuye el derecho de infringirle un sufrimiento, muchas veces cruel, a quien por definición, coloca en una clase inferior a la suya. Desde su punto de vista, el otro, subhombre, infrahumano, sirviente, indigno, anormal o diabólico, se merece el castigo y debe recibirlo sin rebelarse.

Puesto que se trata de una relación de desigualdad, la violencia es unidireccional e íntima. El que actúa la violencia se define como existencialmente superior al otro, y éste por lo general lo acepta. La diferencia de poder entre uno y otro puede ser tan grande que el que se encuentra en posición baja no tiene alternativa y debe someterse contra su voluntad (Maldonado, 1995).

En la violencia castigo no hay pausa. El actor emisor considera que debe comportarse así y a menudo el actor receptor está convencido de que tiene que conformarse con la vida que le imponen. Al no haber pausas, esta violencia permanece escondida, y toma un carácter íntimo y secreto. Ninguno de los actores habla de ella en el exterior. Más allá del aspecto

interactivo, ocurre que ambos actores tienen una muy baja autoestima. El maltratado presenta un importante trastorno de la identidad, y su sentimiento de deuda respecto de quien lo castiga lo lleva a justificar los golpes y sufrirlos sin decir nada. El actor emisor a menudo es rígido, carente de toda empatía, impermeable al otro y su diferencia, excepto en lo que ésta pudiera parecerle peligroso para sí mismo. Presenta cantidad de ideas fijas, repeticiones y comportamientos destinados a rectificar todo lo que es diferente de sí mismo. La negación total y el rechazo de la identidad del actor receptor nos muestran que el violento desea modelar a su pareja hasta quebrantarla, para que se vuelva como debe ser, conforme a su propia imagen del mundo.

Cuando se trata de violencia-castigo entre adultos, se observa que quien controla la relación impone castigos al otro mediante golpes, privaciones y humillaciones. Por ejemplo, el hombre le pega a su mujer, la esclaviza, le quita su libertad, le impide todo contacto con el exterior y le niega su identidad. Según él, el castigo se justifica por que ha descubierto una falta.

El otro debe estar al servicio del amo y respetar su ley. Se observan mujeres maltratadas, con viejas fracturas que nunca fueron tratadas, quemaduras, dientes rotos, cicatrices o marcas corporales de traumatismo físico (Maldonado, 1995 y Markman, Renick, Floyd, Stanley y Clements, 1993).

En la *violencia castigo*, está afectada la identidad de la persona en posición baja, puesto que se le niega el derecho de ser otro. Las secuelas son profundas, la autoestima está quebrantada y el pronóstico es reservado. La persona que ocupa la posición alta sólo tiene una mínima conciencia de la violencia y un confuso sentimiento de culpabilidad (Mihalic, Wofford y Elliott 1997 y Nadel, 1996).

El acceso a estos sistemas resulta sumamente difícil porque no hay pausa y porque, además, nos encontramos ante un consenso falaz en cuanto a la disparidad de la relación.

La diferencia entre ambas formas de violencia (agresión y castigo) es extremadamente rica en informaciones, ya que configura dos modelos relacionales diferentes. También aclara algunos comportamientos ulteriores a las situaciones de violencia y muestra que, en el marco de una relación complementaria repetitiva, un niño tendrá un cierto estilo de aprendizaje, mientras que otro niño, acostumbrado a relacionarse de tipo simétrico, tendrá un aprendizaje muy diferente.

3.3 ORGANIZACIÓN RELACIONAL DE LA VIOLENCIA

Para Perrone (1997), cuando una pareja utiliza la violencia como repertorio habitual de intercambios, se diría que su comportamiento es absurdo o masoquista. Sin embargo, hay pocos casos de separaciones espontáneas. El curioso fenómeno de que la mayoría de estas personas sigan viviendo juntas a pesar del sufrimiento siempre fascinó a los observadores, que se perdieron en conjeturas. Sin duda, lo más desconcertante es la voluntad de permanecer en el lugar del sufrimiento, omitiendo las sugerencias de su entorno.

Es también grande la sorpresa cuando quien había habituado a los otros a su sacrificio, decide sustraerse de ese marco relacional y persiste en su determinación sin volver a tras, a pesar de los pedidos de su partenaire violento.

Ciertamente, existe una suerte de acuerdo ligado tanto a la resignación como a la fascinación, que los mantiene juntos. También podemos observar como cada uno de los participantes podría anunciar lo que va a suceder, y detallar incluso de qué modo va a suceder, pero ninguno decide autoprotegerse ni evitar el riesgo.

Es importante observar este patrón implícito rígido, donde se observa la anticipación y preparación de la secuencia violenta, donde todos los participantes pueden tomar parte de esta especie de contrato o acuerdo (Mihalic, Wofford y Elliott, 1997; Nadel, 1996; Perrone, 1997).

Los actores construyen un marco relacional que luego los entrapa. Es lo que Perrone llama consenso implícito rígido, en cuyo interior, determinados mensajes verbales y no verbales desencadenan el acto violento.

Los miembros de la pareja construyen el consenso y se someten a él mediante complejos montajes sintácticos, afectivos y relacionales (Sullivan, 1990).

Se observa que en los casos de violencia los límites y las prohibiciones siempre están planteados de modo paradójico y establecen más posibilidades que imposibilidades, más consentimientos que restricciones (Cascardi, 1995; Daniels 1997 y Hiday, 1997).

Por lo general, se observa una anticipación e incluso una preparación de la secuencia violenta. Todos los participantes pueden tomar parte de esta especie de contrato o acuerdo al que denomina Perrone como consenso implícito rígido. Es difícil sostener que este acuerdo responde a la voluntad de pelearse. Se trata más bien de una trampa relacional, donde la violencia aparece como una necesidad de mantener el equilibrio entre cada uno de ellos y los otros.

La aprobación que opera es bipersonal pero tiene raíces individuales, ya que se apoya sobre la imagen negativa y frágil que cada uno tiene sobre sí o sobre circunstancias previas que se registran como tales en la historia individual.

La noción de límite o frontera se modifica. Define todo lo que se puede hacer “con excepción de...”. Por ejemplo: “Puedes decir lo que quieras, pero jamás insultes a mi madre...”. Esa manera de establecer límites tiene consecuencias paradójicas, porque equivale a admitir todo lo demás: “Puedes pegarme dentro de la casa, pero no fuera...”. Simultáneamente prohíbe y otorga permiso para pegar.

En los casos de violencia los límites y las prohibiciones siempre están planteados de modo paradójico: establecen más posibilidades que imposibilidades, más consentimientos que negativas.

El consenso implícito rígido se apoya en esos sentimientos. Es obvio que habrá violencia, no puede ser de otra manera. Y la violencia llega a modo de confirmación. El consenso muestra los “puntos sensibles”, vale decir los puntos que entran en resonancia con la historia individual de cada uno de los participantes (Mihalic, Wofford y Elliott, 1997).

Este acuerdo o contrato comprende tres aspectos: espacial, temporal y temático.

3.3.1 Aspecto espacial

Es el territorio donde se admite la violencia, el lugar en donde se desarrolla la interacción violenta. A menudo está tan bien designado y delimitado como el ring, la arena o el estadio. Estos límites establecen los territorios individual y colectivo, íntimo y público, la frontera dentro/fuera, y la presencia o exclusión de terceros (familia ampliada, vecinos, niños, amigos) (Ravazzola, 1997).

3.3.2 Aspecto temporal

El momento en el que se desencadena la interacción y la cronología de los hechos está predeterminado. Son momentos ritualizados en los que es muy probable que se desarrolle la violencia, como por ejemplo al realizar los deberes escolares, durante las comidas, al irse a acostar, al volver del trabajo o del paseo de fin de semana, etc. (Ravazzola, 1997 y Woffordt, 1994).

3.3.3 Aspecto temático

El término temático se refiere a los acontecimientos, circunstancias o contenidos de comunicación que desencadenan el proceso. En algunas familias basta que ocurran determinados acontecimientos, que se den ciertas circunstancias o que se recuerden

determinados temas (la infidelidad, el trabajo, el pasado, los hijos, los parientes, las condiciones profesionales, el dinero, etc.) para que se produzca sistemáticamente una disputa e irrumpa la violencia.

Los aspectos espaciales, temporales y temáticos tienen una fuerte carga emocional, relacionada con la historia personal de los actores y con la de su interacción (Aldorado, 1994 y Alpert, Cohen y Sege, 1997).

Un simple cambio en los aspectos espacial, temporal o temático modifica la aceptación del consenso implícito rígido, que entonces pierde su rigidez. En ese momento uno de los actores puede romper el contrato y sustraerse a las obligaciones impuestas por la relación.

El consenso no es objeto de ninguna comunicación clara entre los protagonistas. Con mayor razón aún, no hay metacomunicación, ya que toda explicación del consenso llevaría a salir del marco establecido y mostraría el carácter ilusorio del conflicto. Esta imposibilidad muestra la rigidez de este tipo de organización relacional. Sin embargo, el consenso implícito rígido es frágil en su estructura.

La trasgresión de las reglas implícitas del consenso explica la súbita denuncia de situaciones ocultas desde mucho tiempo atrás. Cuando uno sobrepasa el límite, el otro se permite romper el consenso.

3.3.4 Los disparadores de la violencia

Una de las características de la interacción violenta es la manera en que cada uno de los actores establece la puntuación de la secuencia. El comportamiento de uno sirve para justificar el del otro. Quien arremete lo hace exactamente cuando se siente agredido, lo que parece evidente en una relación simétrica, pero resulta más difícil de concebir en una relación complementaria (Watzlawick, 1999).

Es evidente que ciertos mensajes verbales y no verbales actúan como la chispa que enciende el fuego. También se puede observar que siempre hay un poderoso activador que autoriza el pasaje al acto violento y anuncia el episodio violento. Es necesario identificar este mensaje particular en las relaciones, ya que él provocará inmediatamente la agresión física.

En la relación complementaria se introduce una secuencia de simetría, fugaz, pero determinante en el proceso, ya que infaliblemente desencadena la violencia. Es la activación puntual simétrica.

Se puede observar que quien se encuentra en posición alta descodifica el comportamiento del que está en posición baja como amenazante, porque supone que apunta a situarse en un nivel igual o superior al suyo. Para establecer el equilibrio, actúa con violencia.

En el caso de una relación simétrica, se producen activaciones puntuales complementarias. Por ejemplo, durante una escalada simétrica, uno de los protagonistas puede mostrar una actitud dominante, un pseudoabandono de la lucha o bien una seudosumisión. El efecto de estos mensajes será determinante para que se ponga en marcha la acción violenta.

La relación simétrica se mantiene en un equilibrio rigidificado. Todo aumento de poder de uno u otro obliga a un inmediato reequilibrio, para evitar deslizarse hacia una relación complementaria que ambos están muy lejos de aceptar (Mihalic, Wofford y Elliott, 1997).

Algunos mensajes puntuales, analógicos o digitales, funcionan como activaciones simétricas en el seno de las relaciones complementarias, y como activaciones complementarias en el seno de las relaciones simétricas.

Estos fenómenos deben ser analizados desde un punto de vista comunicacional. Más que de hablar de actitudes, comportamientos e intenciones conviene analizar los efectos que estos mensajes tienen en la interacción. Son señales de que está sucediendo algo peligroso. El equilibrio previo, simétrico o complementario, se ve amenazado por un gesto o una mirada capaces de romperlo. De ser así, los actores se verán confrontados con el problema de su existencia, su lugar en la relación, que hasta entonces estaba encubierto por el *statu quo*.

Como en toda comunicación, puede producirse una eventual distorsión entre el código del emisor y la descodificación que hace el receptor. Algunos mensajes son reales (emitidos realmente), mientras que otros han sido simplemente alucinados por el receptor. Poco importa que el receptor esté o no equivocado. En uno u otro caso, los mensajes no pierden nada de su significación y su fuerza puesto que, ya sean reales o alucinados, desencadenan la respuesta violenta. Lo importante es que sean percibidos como amenaza y como activadores para el receptor, independientemente de la intención del emisor.

Es importante detectar las activaciones puntuales, porque para los actores constituyen la justificación de sus comportamientos violentos. Por un lado, muestra el hilo conductor de quien ejerce la violencia, y por otro nos muestra el sistema en justificación, que los obliga y los condena a producir actos violentos.

Cuando se dice que las activaciones constituyen un hilo conductor, significa que la intensidad de la respuesta violenta comparada con la trivialidad de los hechos invocados para

justificarla llevan a suponer que dichas activaciones representan una verdadera fractura de la imagen que cada uno tiene de sí.

Las imágenes de sí mismo están estrechamente intrincadas con lo que denominamos mapa del mundo (Perrone, 1997 y Siani, 1996). Cada persona es protagonista, testigo o depositaria de las situaciones vividas por ella o por los otros, y el valor que les dé a los acontecimientos dependerá de la clave de descodificación personal o colectiva.

3.3.5 El acto violento

➤ *Sistema de creencias y modelo del mundo*

De acuerdo con Perrone, el hombre a través de sus receptores sensitivos, recoge información sobre sí mismo y sobre su entorno. Después procede a descodificar tales informaciones, asignándoles un valor arbitrario, ya que depende de su propio sistema de descodificación. Construye, entonces, el mundo que le conviene, recreando una realidad que será la suya y que, seguidamente, habrá de compartir.

Crea así una realidad verdadera que organiza sus acciones y sus pensamientos. El modelo del mundo es el mapa que le sirve para situarse en la realidad.

El término modelo del mundo puede designar el sentido subjetivo y singular dado a las percepciones, el orden dado a los objetos percibidos, o bien el valor relativo comparativo dado a estos objetos, relación única y subjetiva que se establece en el curso de las sucesivas percepciones, distinciones y experiencias.

Un sistema de creencias es más que un modelo del mundo, ya que supone haber integrado en su mapa un orden del mundo establecido por las generaciones precedentes, el que por otra parte resulta compatible con la propia clave personal de descodificación.

Cuando el conjunto de las experiencias vividas por sí mismo y por los otros a lo largo de muchas generaciones se articula de modo coherente y funcional, constituye un sistema de creencias al que la persona se atiene y del que se vale para actuar.

El encuentro de dos seres, ambos poseedores de un sistema de creencias diferentes, nunca es un hecho trivial. Tampoco lo es el encuentro de dos seres cuyos sistemas de creencias se parecen. Puede decirse que la madurez del espíritu es la facultad de aceptar la singularidad del otro, reconociendo su sistema de creencias sin reducir las diferencias (Bateson, 1992; Siani, 1996 y Watzlawick, 1999).

➤ *Amenaza y ruptura del sistema de creencias*

Cada persona pone a prueba su propio sistema de creencias, lo que moviliza y pone en juego estrategias de acomodación o de defensa y también mecanismos que posibilitan las transformaciones, en el propio sistema y en el del otro.

Un sistema de creencias no necesita ser compatible con la realidad, pero tiene que tener una lógica y una coherencia interna que justifique su existencia, y un mínimo de cohesión con el consenso colectivo.

Las contradicciones carecerán de importancia mientras las sucesivas redefiniciones del contexto garanticen la permanencia de la lógica utilizada, pero cuando estas redefiniciones son compatibles la coherencia se rompe, y entonces es preciso efectuar acciones de acomodación. Gracias a éstas, y mediante síntesis creativas e inéditas, se realizan nuevas integraciones que a su vez se vuelven compatibles con el sistema de creencias y lo modifica haciéndolo evolucionar. Cuando la acomodación no se puede llevar a cabo, se plantea una situación de ruptura inminente del sistema de creencias y, por ende, de la idea global que la persona hace de su propia existencia.

➤ *Normalización y acto violento en su contexto*

Los actores de comportamientos violentos pertenecen a la categoría de personas que viven las diferencias como amenazas. En ciertas parejas resulta impensable que uno pueda decidir algo o tomar una iniciativa sin que el otro se sienta en peligro.

Los sistemas de creencias, en los casos de violencia contienen muchos modelos formales e idealizados: cómo debe de ser una buena familia, cómo debe ser un buen bebé y una buena madre, etc. Estas personas viven encerradas en modelos de exigencias o expectativas inalcanzables, que el comportamiento de cada uno de los miembros de la pareja pone en evidencia. Para no perder las ilusiones y ocultar las dolorosas incoherencias de sus construcciones, algunos se ven obligados a reducir al otro al silencio o a impedirle que muestre las diferencias. Cuando el propio sistema de creencias está amenazado en su coherencia, se pone en marcha una acción dirigida a normalizar la otra realidad.

➤ *Pensamiento sistémico y contexto socio-cultural*

El pensamiento sistémico ha demostrado su eficacia para analizar aspectos repetitivos en las conductas de los miembros de un sistema social, describe y proporciona modelos explicativos de las relaciones entre sus componentes, y plantea formas posibles de modificar estas conductas.

Es importante mencionar que los sistemas sociales se han tipificado sobre la base de tomar como criterios distintivos las diferencias entre sus componentes (Bateson, 1992). En este sentido, diferenciar no implica necesariamente diferencias jerárquicas. Pero, precisamente los sistemas de género tienen en ese sentido una estructura comparable ya que ambos miembros tienen a perpetuar jerarquías que se consideran inmovibles. No obstante, aunque los dos sistemas utilicen un discurso jerárquico, los separan algunas distinciones significativas:

1. El sistema autoritario elabora argumentos que justifican la opresión y utilizan medidas disciplinarias para asegurarla, pero los subordinados, conspiran cada tanto para que ocurran cambios capaces de aliviar la opresión.
2. El sistema de género se ha convertido en un principio organizativo tan esencializado y naturalizado que forma parte de la identidad de los sujetos de la cultura. De este modo no genera conspiraciones en su contra.

Se incorpora como una realidad, por lo que fácilmente perdemos conciencia de que se trata de un principio organizativo seleccionado, definido y decidido, es decir, construido con tales características por los protagonistas. (Bateson, 1992).

El sociólogo Brunner (Cit. en Maldonado 1995) concluye que todos los sistemas sociales perpetúan su organización mientras no varíen sus tres pilares constitutivos: las ideas, las conductas, y las estructuras presentes en tales sistemas. De este aporte se establecen tres categorías, ideas, acciones, estructuras, que cruzan las instancias de los protagonistas (Follete, 1992).

Su significado en cuanto a las relaciones de abuso, pueden describirse en primer término, algunas ideas sustentadas por los miembros de los sistemas donde ocurren abusos, en las que, lo adviertan o no sus protagonistas, esas ideas funcionan como argumentos y bases que explican y justifican esas prácticas violentas.

Cada vez que alguien explica sus razones para decidir una conducta está implícitamente justificándola (Sullivan, 1990). Por lo tanto, autoriza la repetición de las prácticas violentas propias de estos circuitos, generando un contexto de justificación.

Se ha observado que las ideas que actúan más eficazmente para el mantenimiento de los abusos coinciden con las que sustentan los sistemas autoritarios. En los estudios acerca del sistema de género, queda clara su relación con las teorías y afirmaciones descritas como bases del sistema patriarcal (Daniels, 1997 y Hasting, 1997).

Tales ideas presuponen construcciones jerárquicas inamovibles, que señalan claramente que personas son (en esencia) más importantes que otras, según pertenezcan al género masculino o femenino.

Se necesita entonces identificar dichos sistemas de creencias para interrumpir su circulación y las consecuencias que producen (Kantor, Jasinski, y Aldarondo 1994; Maldonado, 1995 y Watzlawick, 1999).

➤ *Modalidades conversacionales sintomáticas como formas de interacción*

Se ha advertido que algunos modelos conversacionales resultan propios para expresar formas de opresión que conlleva su propia negación. Éstos fueron llamados juegos o trucos del lenguaje, ya que tienen que ver con la organización habitual del lenguaje cotidiano, de tal manera que presenten diferencias importantes en las lenguas con estructuras idiomáticas distintas. Algunos de estos juegos, los más típicamente usados en el lenguaje corriente, cuando están presentes en circuitos repetitivos de abuso, se transforman en modalidades conversacionales sintomáticas (Siani, 1996 y Watzlawick, 1999) como son:

- a) **Globalizaciones:** Consisten en el uso de una palabra para denominar unidades complejas. De este modo, se trata como si fueran unidades simples, la familia, nosotros, ustedes, el país, etc., las globalizaciones enmascaran diversidades, conflictos y contradicciones entre los componentes de la unidad global, cuya complejidad pasa así inadvertida, y generan emociones y acciones también indiscriminadas y en bloque.
- b) **Generalizaciones:** Son afirmaciones universales a partir de experiencias particulares.

Es importante identificar aquellas frases que resultan difíciles de percibir clara y directamente como propias de una interacción amedrentadora o insultante (Alpert, Cohen y Sege, 1997; Cantos, 1993; 1994 y Maldonado, 1995).

➤ *Estructuras*

Para algunos autores, las características estereotipadas de algunas estructuras sociales perpetúan las modalidades autoritarias.

De acuerdo con Madanes (1993), las instituciones sociales que aceptan jerarquías inamovibles sin cuestionarlas y sin que existan reglas que permitan su cuestionamiento están deliberadamente sosteniendo pautas autoritarias de relación. En el caso de la violencia familiar, para Whaley (2001), la primera estructura que hay que revisar es la familia en general y en particular, para determinar que afirmaciones de su organización vale la pena

conservar y cuáles están, tal vez, sosteniendo los abusos. Es útil analizar con los miembros de la familia cada sistema del cual forman parte, en especial de los sistemas terapéuticos o los sistemas de control a cuya construcción aportamos, cuidando de no contribuir a cristalizar jerarquías.

Desde los estudios de género, es posible aportar un matiz más complejo a este aspecto estructural del esquema propuesto, que tiene una importancia peculiar en la vida doméstica; la estructura autoritaria es tanto más efectiva para su propia perpetuación cuanto más enmascarada aparece su condición jerárquica (Maldonado, 1995 y Sugarman, 1996).

Es importante mencionar un término que en estas familias, con interacción violenta, se menciona frecuentemente: **la provocación**; con este término, entendemos un tipo particular de comunicación que origina emociones, generalmente desagradables (tensiones) y que produce en el interlocutor reacciones casi automáticas que no son las que él tendría en condiciones más relajadas. En las familias en las que existe violencia familiar se observa un funcionamiento rígido, es decir conductas repetitivas en las que la solución del problema no se logra y produce conductas patológicas (Whaley, 2001).

La provocación presenta una estructura propia, que se expresa en actitudes, frases, gestos, que más o menos sutilmente esperan ser complementados por el gesto o la frase del otro, al cual el sujeto se dirige. La provocación funciona de tal modo que eleva la tensión del destinatario como si se tratara de una danza, o como cuando en un juego cada jugador actúa al llegar su turno (Ravazzola, 1997 y Siani, 1996). En su diseño entran reglas que, aunque no son explícitas, se suponen compartidas con el otro en tanto es miembro del mismo sistema social. De hecho la provocación se complementa cuando el otro, el interlocutor, da la respuesta previa.

Por lo común hay alguna respuesta de su parte, un insulto por ejemplo, es una provocación grosera que induce a una emoción de ofensa. La experiencia de la ofensa promueve una reacción limitada, generalmente agresiva para con el que insultó: entre personas que se importan afectivamente o que por alguna razón, no creen que puedan salirse de la inducción, el insulto estimula una danza, a veces en escalada.

Para Whaley (2001), quien provoca demuestra su conflicto entre acercarse y alejarse de la persona a quien está provocando, y lo resuelve poniendo a prueba a ese otro al que agrede con la provocación, del cual habitualmente recibe, para completar el circuito comunicacional, una respuesta automática confirmatoria de sus peores expectativas.

La respuesta, totalmente previsible para el provocador, es tal vez la garantía de que el otro sigue respondiendo, perteneciendo al sistema. Y eso alivia parte de su conflicto (Perrone, 1997).

Una característica de estos sistemas sociales autoritarios es que las interacciones abusivas quedan enmascaradas ante la conciencia de los sujetos, gracias a exitosos fenómenos hipnóticos, transmitidos por los discursos.

Perrone, (1997) nos dice que en las interacciones de malos tratos, el problema no está en que los protagonistas contextuales, las aprueben o las confirmen, ya que esto no suele suceder, sino en que inadvertidamente las permitan y no les pongan límites, especialmente cuando recaen sobre ellos mismos.

En este sentido, además de los estudios de autoritarismo y género se debe ser consciente y percibir los modos comunicacionales que pueden impedir reconocer en qué medida se puede estar avalando y contribuyendo a estereotipar un circuito interaccional en lugar de ayudar a transformarlo (Ravazzola, 1997).

➤ *Las fases de la violencia intrafamiliar*

Es un proceso cíclico que incluye tres fases, que son: la acumulación de tensión, la explosión con violencia física y el arrepentimiento y la ternura (Dutton y Golant, 1997).

- a) **Fase de acumulación de tensión.** En general, la acumulación de tensión que otorga al golpeador cíclico su personalidad, no es percibida por los demás. Sus colegas y amigos no suele advertir las señales. A lo mucho se interpreta como tenso, a estos sutiles indicios, se les denomina filtraciones.
- b) **Fase de explosión con violencia física.** La intensidad de la ira, no guarda relación con lo que la provocó; el victimario actúa como si su vida estuviera amenazada. Es el tipo de ira que experimenta una persona cuando siente su identidad es menoscabada.
- c) **Fase de arrepentimiento y ternura.** La fase de arrepentimiento comienza después de que ha estallado la violencia y se ha disipado la tensión. Esta etapa incluye una variedad de conductas, desde la negación de lo ocurrido hasta las tentativas de compensación y las promesas de cambiar.

3.3.6 Teoría del relais

➤ *Del relais al regulador*

Para Perrone (1997), ningún sistema viviente dispone de la posibilidad de una autoobservación total ni tiene la capacidad de recabar todas las informaciones concernientes a

su propio funcionamiento. A pesar de ello puede, hasta cierto punto, tomar conciencia de su funcionamiento anómalo. Cuanto más complejo es un sistema, mayor es su capacidad de tomar nota de sus disfunciones y de corregirlas.

Si el sistema es lo suficientemente complejo, para verse funcionar deberá referirse a una instancia externa que le envíe información acerca de sus dificultades y le permita regularse. Si dicha instancia externa se encuentra en el interior del sistema, éste puede volverse autónomo con respecto a ella.

La autonomía sólo puede existir si la instancia externa ha sido interiorizada por el sistema, convirtiéndose en parte integrante de él y provocando un aumento de su complejidad. La capacidad de integración del sistema lo vuelve independiente con respecto a las instancias dirigentes de las que antes dependía. En el nivel social, esta instancia exterior está representada por la ley.

Cuando se ha llevado a cabo este proceso, la instancia externa interiorizada se convierte en un regulador.

Los reguladores tiene la función de controlar los impulsos violentos, desarrollar la autonomía y permitir el proceso de socialización. La responsabilidad es un ejemplo de lo que se entiende por reguladores adecuadamente incorporados.

Es fácil imaginar que los procesos de interiorización de los reguladores fracasen en ciertos contextos de aprendizaje perturbados, o bien que algunos contextos particulares, como el del alcohol o la droga, obstaculicen o disminuyan la capacidad de regulación.

Esto es interesante en la medida en que la problemática de la violencia obliga a interrogarse sobre el no-funcionamiento de los reguladores. La experiencia hace que los unos pasen la función de *relais* a los otros sin centralizar su trabajo, más bien a aplicar el regulador en el sistema cliente.

➤ *Relais y acto violento*

Según las definiciones usuales, un *relais* puede ser:

1. Un lugar o una persona intermediaria entre dos.
2. Un aparato destinado a producir determinadas modificaciones en un circuito cuando en ese mismo circuito se dan ciertas condiciones.
3. Un dispositivo que retransmite la señal que recibe, amplificándola.
4. Un dispositivo que controla la intensidad de la corriente en el circuito.

El *relais* funciona como puente (en ocasiones, con una acción deformante) entre dos polos, y además ejerce un control sobre la corriente que pasa. Por lo tanto, es sensible al lugar intermedio, a la relación, a las tensiones de la comunicación.

El *relais* se activa cuando detecta una perturbación en la “estabilidad ideal de la relación”. Por lo general, su intervención apunta a evitar que se amplifiquen los trastornos que dieron origen a la señal.

La constelación familiar, los trabajadores sociales, la policía o la justicia pueden desempeñar el papel de *relais*.

El *relais* es sensible al aumento o la disminución de tensiones del sistema relacional en el que interviene. A veces el sistema lo informa directamente, como cuando uno de los miembros implicados llama por teléfono para que alguien detenga la disputa.

Cuando se modifica el umbral óptimo estable, el *relais* es activado por el sistema e interviene inmediatamente antes (sobre las activaciones puntuales), durante o después del acto violento.

En algunos casos, la acción del *relais* consiste en bajar la tensión a su nivel óptimo, vale decir, que el sistema supere el umbral crítico y vuelva a un estado de equilibrio que no amenace su existencia. Tal vez la persona o la instancia que intervienen puedan para la violencia, pero al mismo tiempo evitan a las partes el tener que hacerlo por sí mismas. De este modo, el sistema soslaya el aprendizaje de los comportamientos de contención, y ya que no necesita buscar sus propios recursos para detener la violencia. El *relais* condiciona la duración del sistema y se convierte, por ende, en parte integrante de él. Al evitar los aprendizajes, el *relais* puede intervenir y debe seguir haciéndolo.

Perrone sostiene que la existencia del *relais* hace posible la repetición de secuencias que conducen al acto violento. Al quedar reestablecido el nivel óptimo después de cada crisis, el sistema tiene garantizada su continuidad.

El *relais* existe siempre y cuando el sistema lo active, atribuyéndole esta función. Aquí es donde coinciden los intereses recíprocos: el de los actores violentos, que no quieren crecer, y el del *relais*, que busca ser considerado y reconocido por sus servicios. Esto es particularmente frecuente cuando el *relais* forma parte de la red familiar.

Se considera que el *relais* ocupa un lugar estable y se integra en el sistema relacional. El tercero interviene, sirve de mediador y posibilita una triangulación esporádica, pero no queda integrada de manera estable.

➤ *Relais e intervenciones sociales*

Cuando dos polos A y B están en comunicación, puede haber tres *relais*, situados en tres niveles diferentes, involucrados en la relación.

1er. Nivel: se trata de individuos que, gracias a su posición, pueden detectar una diferencia con respecto a la tensión óptima entre los dos polos de comunicación. Se activa como *relais* cuando se modifica la calida de la relación, e interviene con el fin de evitar una ruptura o una crisis.

Se trata de integrantes del sistema familiar o bien pertenecen a la red social contigua a la familia (familia extensa, vecinos...).

2do. Nivel: se trata de individuos exteriores al sistema familiar y a su red, que se activa como *relais* cuando el nivel precedente se muestra ineficaz.

Al igual que los del primer nivel, intervienen sobre la relación cuando se ha producido una desestabilización amenazante. Estos *relais* pueden ser los asistentes sociales, los servicios de salud mental, el terapeuta o los grupos de asistencia y de ayuda incluidos en la red familiar.

3er. Nivel: se trata de personas pertenecientes a diferentes instituciones (policía, justicia, hospital), que intervienen sobre los individuos y sobre la relación. Apuntando a separar, interrumpir la comunicación entre los dos polos. Ejercen más bien un tratamiento de reparación o sanción del individuo que un tratamiento sobre la relación.

El rol del *relais* no es negativo en sí mismo, pero puede serlo si la persona cae en la trampa de este funcionamiento o si éste responde a sus propios intereses y beneficios.

A veces el trabajador social o el terapeuta tienen que pasar necesariamente por el papel de *relais* para entrar en la situación y establecer, por ejemplo, las condiciones de seguridad necesaria para el desarrollo de una terapia. Cuando una familia en crisis pide ayuda a un terapeuta o a un sistema social, al mismo tiempo le confiere la función de *relais*. El terapeuta no debe rechazar esta función, que puede constituir un paso estratégico, sino que ha de servirse de ella para llevar el sistema a condiciones que permitan un cambio.

En todos estos casos se apunta a que los actores encuentren o prendan sus propios sistemas de regulación y que el trabajador social o el terapeuta no se conviertan en tanto que *relais*, en parte integrante estable del sistema.

3.4 PROPUESTAS DE TRATAMIENTO

3.4.1 Terapia de la violencia

De acuerdo con Perrone, la experiencia muestra que existen dos maneras de salir de la violencia. En algunos casos la marcha hacia la violencia se detiene provisoriamente, para luego repetirse de la misma forma. Cuando toma conciencia de su irrupción inminente, los actores encuentran los medios para prevenir el acto violento, aunque sin modificar las condiciones que conducen a la violencia.

Puede decirse, entonces, que estas salidas evitan la violencia sin resolver la problemática. Son las salidas *de evitación*.

Existe una segunda salida para escapar de la violencia, en la que se tiende a modificar las condiciones de su aparición. Estas salidas introducen diferencias que vuelven muy difícil el uso de la violencia, ya sea en el momento mismo o más adelante. Son las salidas *de resolución*.

En resumen, diremos que las salidas de evitación sirven para impedir la emergencia del acto violento pero sin cambiar las condiciones que provocan su aparición. Las salidas de resolución cambian las condiciones que hacen que el acto violento sea muy probable. Los protagonistas de la violencia familiar emplean diferentes salidas de evitación, según se encuentren ligados por una relación simétrica o complementaria. En cambio, las salidas de resolución parecen ser las mismas en ambos casos.

➤ *Salidas de evitación*

★ *Las salidas de evitación en la relación simétrica*

Cuando dos personas se hallan vinculadas por una relación simétrica utilizan determinadas estrategias para evitar la violencia que se presentaría en forma de agresión. Algunas de las formas que revisten las salidas de evitación son:

-En ciertos casos, uno de los miembros de la pareja puede abandonar momentáneamente la simetría para ponerse en posición de complementariedad con respecto a la otra. Es la salida *complementaria*: pese a la simetría, el sujeto acepta la superioridad del otro, adoptando la posición inferior.

-Una forma indirecta de detener la escalada simétrica consiste en utilizar un síntoma: el sujeto no acepta la superioridad, pero se sustrae a la relación simulando, por ejemplo, un dolor de cabeza, o sufriendo síntomas reales, como una crisis de asma.

-A veces, en una disputa, uno de los miembros de la pareja abandona el lugar, va a beber algo, rompe un objeto, fuma un cigarrillo, etc. Ambos saben que tal maniobra, que es siempre la misma, sirve para evitar la violencia. Estas acciones en forma de ritual triangulan la relación. Una tercera posibilidad para evitar la violencia es, el *ritual*.

-A veces ocurre que otra persona se mezcla en la disputa. En ciertas parejas es habitual pedir ayuda a los vecinos, amigos o parientes para mediatizar la relación. Llamamos terceros a quienes hacen posible que se evite la violencia en situaciones momentáneas.

-Cuando el sistema utiliza a un tercero de manera estable y duradera, éste se convierte en un *relais*.

-A veces, para poder abandonar la costumbre de la violencia es necesario que la pareja se separe. En estos casos la separación puntual o la ruptura más definitiva son los medios con los que se hace frente a la imposibilidad de resolver la problemática de la violencia.

★ *Las salidas de evitación en la relación complementaria*

En la violencia de tipo castigo, quien tiene posibilidad de encontrar estrategias de transformación de la violencia es el que se encuentra en posición baja. Al que está en posición alta, sólo la culpabilidad o el sentimiento de fracaso pueden motivarlo para tratar de evitar la violencia.

El que ocupa la posición *down* puede utilizar varias técnicas:

-Por ejemplo, puede buscar alianzas exteriores con respecto a la relación, o descubrir una pérdida de fuerza en el otro, lo que le servirá para adoptar una posición más igualitaria y reintroducir la simetría en la interacción.

-Para evitar la violencia, la persona en posición baja puede alegar o experimentar síntomas, como en la relación simétrica.

-También, hay quienes se autoacusan, se autocastigan, piden perdón, en una escalada de complementariedad que apunta a que el otro se abstenga de castigar, de golpear, de acusar. Es la sobrecomplementariedad.

-Después de algunos giros en las alianzas (una madre que se alía con los niños en contra del padre) o cambios de situación del cónyuge (pérdida de empleo, enfermedad, etc.), el que estaba en posición inferior puede pasar a la posición superior o viceversa. Es la complementariedad invertida.

-Todos los procedimientos de separación, como la hospitalización, el ingreso en un establecimiento social, el abandono y el divorcio pueden ser considerados, en determinados casos, como una escapatoria de la violencia.

-Por último, la intervención de un tercero que se propone como relais, puede hacer que la violencia quede aplazada por un tiempo. Los asistentes sociales a veces tienen conciencia de ser una especie de frágil muralla en las interacciones violentas.

➤ *Salidas resolutivas en los dos tipos de violencia*

Se trata de cambios que se producen frecuentemente de una manera espontánea, sin una voluntad ni una estrategia elaborada pero tienen un gran interés terapéutico.

Varias salidas de resolución son utilizadas simultáneamente.

-*Interiorización de la ley*: se trata de un cambio fundamental, en la medida en que el sujeto reconoce una instancia superior a él, a la que a de conformarse y que le sirve para regular su propia violencia. La necesidad de reglas comunes para la vida en sociedad y el reconocimiento de la ley como principio de obediencia. El individuo vive una descentración de sí mismo y extiende su frontera personal incluyendo a los otros en una experiencia de pertenencia colectiva donde la fuerza consiste en aceptar sus propios límites.

-*Cambio el sistema de creencias*: cuando se produce un cambio en el sistema de creencias, modificándose la perspectiva del la visión del mundo, cambia en consecuencia el comportamiento con respecto al otro y pueden realizarse acomodaciones, con una mayor flexibilidad relacional y una mayor tolerancia ante la diferencia.

-*Cambio del consenso implícito rígido*: cuando uno de los partenaires excede los límites que habían sido fijados consensualmente, el otro cobra conciencia de la situación, de su gravedad, y de la realidad de otra manera. Esto le da la fuerza y la voluntad necesaria para escapar de la violencia.

-*Cambio de representación* (representación entendida como reproducción mental de una percepción anterior): en algunos casos se produce un cambio en las representaciones, que puede repercutir sobre el conjunto del sistema colectivo del sujeto y hacer que éste cambie, en consecuencia, su comportamiento.

-*Aprendizaje ligado al estado* (bioquímico): cuando el sujeto vive una experiencia emocionalmente significativa se producen anclajes bioquímicos y neurobiológicos que condicionan ulteriormente su comportamiento. En ocasión de una experiencia alternativa, tales aprendizajes pueden modificarse con vistas a un cambio de conducta.

-*Metacomunicación*: quien tiene la posibilidad de hacer un metacomentario con respecto a la situación puede colocarse momentáneamente fuera del contexto y, por ende, sustraerse a la violencia. Esta persona al ver su manera de reaccionar y participar en la relación, introduce un distanciamiento benéfico.

Sin embargo lo contrario es igualmente cierto: cuando los intercambios de la pareja están focalizados en los aspectos relacionales, a expensas del contenido, esta observación permanente de la relación es fuente de violencia.

-*Reguladores*: son instancias exteriores con respecto al individuo. Una vez interiorizados le sirven para regular su comportamiento, pero de manera autónoma con respecto a tales instancias. Dicho de otro modo, una persona vigilada termina por vigilarse a sí misma, incorporando un medio de autocontrol.

3.4.2 Terapia para la violencia intrafamiliar

➤ *Terapia para cónyuges violentos*

Whaley (2001) propone un modelo terapéutico que inicia cuando un hombre llega a los servicios especializados en violencia doméstica. Quienes están a cargo de su administración deben evaluar en sus primeras entrevistas:

1. El grado de peligrosidad actual de las conductas violentas.
2. El grado de motivación para el cambio.
3. La posibilidad de su inclusión en grupo para cónyuges violentos.

En el común de los casos, es la primera vez que solicita ayuda, y pese a todas sus dificultades que tiene para hablar acerca de su problema, lo hará a su manera, la única que aprendió. Hablando casi todo el tiempo de “ella”, de cómo los problemas de “ella” provocan las situaciones violentas, de “ella” como responsable de todos sus males. Este discurso característico, presente en la mayoría de las admisiones, muestra al menos dos aspectos: por un lado es muy poco o nada lo que este hombre puede decirnos de sí mismo, de lo que él siente, de la responsabilidad que le corresponde dentro de las situaciones que él mismo describe, lo que obliga a adivinar lo que él no cuenta. Narrando detalladamente el comportamiento de su compañera, descrito tan minuciosamente que un interlocutor no involucrado en la temática de la violencia familiar podría dejarse atrapar por el seductor hilo narrativo (Corsi, 1994).

En éste discurso habitual en el que el hombre considera importante sólo lo que él quiere decir, y la persona con la que circunstancialmente habla es convertida en una simple

depositaria, obligada a escuchar pasivamente, ignorada en sus gestos o en sus intentos por transformar el monólogo en diálogo (Corsi, 1994; Dutton y Golant, 1997).

Este mismo mensaje “te hablo, pero al mismo tiempo te ignoro”, es el mismo que utiliza en su vínculo conyugal, lo cual produce confusión y desconcierto en las mujeres, quienes muchas veces se culpan así mismas por no entenderlo, sin darse cuenta de que la raíz de su malestar es el hecho de estar siendo usadas a modo de descargas, sin que sean consideradas sus opiniones, sus ideas y sus sentimientos. Por lo tanto, el *feedback* no existe, y este monólogo es utilizado para “hablar sin decir, y sin dejar a los demás”. Su aplicación también es cíclica, es decir que se repetirá una y otra vez casi mecánicamente y sin salida posible (Bach y Wyden 1969).

Whaley, durante la entrevista de admisión evalúa el grado de rigidez que adopta esta modalidad comunicativa. Desde la primera entrevista de admisión trabaja con la puesta de límites (por ejemplo frenar la conducta violenta) y con la focalización en la tarea, ya que es necesario neutralizar la tendencia a la dispersión y a la confusión hacia donde suele conducir el discurso del hombre violento.

Otros aspectos que requieren aclaración e información durante las primeras entrevistas, es que no figura entre los objetivos del tratamiento propiciar la unión o separación de la pareja. Esto puede contradecir las expectativas con las que el hombre se acerca al servicio especializado, “vengo para que me ayuden a salvar a mi familia”. No aceptar esta demanda, explícita o implícita, resulta esencial para la adecuada focalización del problema, ya que es necesario que comience su proceso de recuperación con el claro objetivo de modificar su conducta violenta, independientemente del futuro de su vínculo actual (Corsi, 1994).

La característica de dependencia emocional, hace que resulte casi imposible, en un primer momento, aceptar objetivos de cambio que circunscriban a su persona.

El objetivo mínimo inicial es lograr que acepten que tienen un problema relacionado con su conducta violenta, y que exprese su deseo de modificarla. Dicho en otras palabras, en este momento se necesita transformar una presión externa en una motivación propia.

Se puede explorar preliminarmente sus ideas y creencias erróneas (mitos y estereotipos) acerca de lo que es ser varón y ser mujer, además de registrar y reconocer la violencia que sufrió y aprendió en su familia de origen (Bach y Wyden 1969).

Conocer las causas de su comportamiento que les daña como personas al mismo tiempo que daña a otros les produce siempre un cierto alivio; este “saber consciente” es una llave que le permitirá conocer sus experiencias pasadas como único camino para encontrar el

verdadero origen de sus comportamientos violentos y así poder modificarlos (Corsi, 1994, 1995).

Los hombre maltratados encubren un niño maltratado en su infancia; los hombre que maltratan no son culpables, pero si responsables del daño que provocan. Si desde esta óptica se profundiza en el análisis, nos encontramos con una larga cadena formada por hijos maltratados por sus padres (o adultos que cumplieron estos roles), los que, a su vez, habían sido maltratados cuando niños, y así sucesivamente. Por esta razón investigadores y especialistas en violencia familiar afirman que la violencia tiene características de epidemia, que se extiende de generación en generación. Cortar un eslabón de esta cadena de malos tratos significa empezar a trabajar en la liberación propia, y evitar una herencia para la descendencia futura. Es importante señalar, aún cuando se es cuidadoso y claro en los mensajes, es habitual que su significado sea distorsionado por razones que tiene que ver con el particular modo en el que estos hombres procesan la información, desde el punto de vista cognoscitivo (Dotton y Golant, 1997).

No es novedoso que en nuestra sociedad patriarcal a los hombres les cueste trabajo pedir ayuda. Los mandatos sociales han ido modelando desde el momento del nacimiento, y aún desde antes; al imprimir las características del varón que la sociedad acepta, y espera del hombre.

La incorporación rígida de estos estereotipos masculinos tiene desfavorables resultados: los hombres van perdiendo la capacidad de escuchar los mensajes de su propio cuerpo ante distintas situaciones cotidianas generadoras de sentimientos de angustia, dolor e impotencia (Corsi, 1994, 1995).

Debido a esto, Corsi propone el modelo ecológico como marco conceptual al considerarlo el más integrador entre los modelos de tratamiento, dado que la problemática del cónyuge violento necesita ser abordada a partir de un encuadre metodológico que permita modificar el modelo de aislamiento y privacidad que garantiza la perpetuación de la conducta violenta. La inclusión de una mirada externa sobre ella sólo es posible cuando se trabaja en forma grupal; la incorporación al grupo se produce, previa a la valoración inicial, del beneficio del grupo (Aldorado, 1994). El modelo mayormente usado de terapia grupal para hombres violentos, con algunas modificaciones, según el contexto al cual se aplique fue tomado del diseñado por Currie (1985) en Canadá, este programa es psicoeducacional. A veces se trabaja con información específica para los hombres (tal como definiciones y formas de violencia,

estereotipos del rol masculino y femenino). Otras veces el énfasis está puesto en cambiar las actitudes (hacia sí mismo y hacia las mujeres) que contribuyeron a la conducta violenta (Dotton y Golant, 1997).

El concepto de modelo de grupo psicoeducativo alude al hecho de que no se trata estrictamente de un grupo psicoterapéutico ni tampoco de un grupo de aprendizaje, pero combina objetivos y procedimientos que son propios de cada uno de ellos. De acuerdo con el enfoque ecológico, los estereotipos culturales que se traduces en ideas valorativas acerca de lo masculino y lo femenino imperantes en el microsistema, son revisados grupalmente junto con el análisis de las conductas cotidianas de cada hombre, partiendo de la hipótesis acerca de las relaciones de reciprocidad causal existentes entre los distintos sistemas (Barcus, 1997).

La observación y el análisis, aplicado siempre a situaciones concretas (aportadas por su relato o ejemplificadas por los coordinadores), facilitan la toma de conciencia acerca de esas interrelaciones. Esto los lleva, por un lado a disminuir la culpa, sabiendo que la violencia no empezó con los agresores, como si fuera algo biológicamente determinado sino que estuvieron y están expuestos permanentemente a modelos y mandatos culturales que contribuyeron a legitimar la violencia (Gautier, 1996).

Éste es un primer paso indispensable para poder trabajar grupalmente la noción del daño que ocasiona a miembros de su familia con su comportamiento (Costa, 1993).

Estas ideas pueden y deben ser sustituidas por objetivos de cambio propios, independientemente de lo que ella haga o diga. La comprensión de esto permite empezar a trabajar sobre la dependencia emocional que tiene de sus mujeres, la cual contribuye a configurar vínculos asfixiantes y posesivos.

La tarea grupal se construye con el esfuerzo de todos en un espacio en el que nadie es juzgado, ni ridiculizado por expresar sus sentimientos o temores. Se ponen límites firmes y fundamentados ante cada intento de desviar la cuestión hacia la culpabilización del otro, la externalización de responsabilidades y la minimización de su propia conducta violenta.

★ *Grupos abiertos y grupos cerrados*

El trabajo grupal, ha demostrado ser un modelo apropiado para el tratamiento de este problema pudiéndose encontrar grupos abiertos y grupos cerrados (Whaley, 2001).

Los grupos cerrados tienen una duración de tres meses, con una frecuencia semanal y reuniones grupales de noventa minutos de duración en cada cesión. Los temas son fijados previamente para cada uno de los encuentros. Currie (1985), nos dice que los principales temas para distribuir en las doce semanas de trabajo son:

1. Responsabilización por la propia conducta violenta.
2. Reconocimiento de las señales de pre violencia.
3. Identificación de ideas y creencias.
4. Identificación de sentimientos y emociones.
5. Alternativas a la violencia.
6. Utilización del tiempo personal.
7. Roles de género (masculino-femenino).
8. Discusiones del diagrama de dependencia.

Cada reunión está estructurada en etapas, lo cual le confiere características más cercanas al grupo pedagógico. El rol de los coordinadores es claramente directivo: transmisión de consignas, propuestas de temas y asignación de tareas.

El grupo abierto, se caracteriza por no tener una fecha de finalización, lo cual permita la incorporación de miembros en diferentes momentos del desarrollo de la terapia grupal. Esta modalidad de trabajo también tiene una frecuencia semanal con una duración de noventa minutos de reunión.

En un grupo abierto, un mismo tema o problema surgirá una y otra vez, no solamente debido a la presencia de nuevos integrantes sino por que su abordaje, profundizado en el grupo y entendido por los participantes, no garantiza que su resolución en la práctica sea exitosa. Ellos deberán estar preparados para estos fracasos: esta aparente disociación entre el entender y el llevar a la práctica es frecuente, dado que las conductas adquiridas a través de veinte, treinta o cincuenta años de vida suelen ser resistentes al cambio, aún con algunas semanas o meses de trabajo terapéutico focalizado en el problema (Corsi, 1994, 1995).

El grupo abierto, por sus características ofrece la posibilidad de focalizarse en los distintos temas previstos en nuestro modelo de abordaje, a partir de las propias narraciones; en sus discursos los temas centrales sobre los cuales necesitamos enfatizar están siempre presentes, y se manifiestan con una riqueza de matices que resulta imposible de ejemplificar a través de la teoría (Barcus, 1997).

Para lograr una adecuada focalización de la tarea grupal, los coordinadores deben de funcionar a modo de radares, tratando de intervenir en el momento oportuno con claridad y precisión, de modo de transformar la narración confusa de un episodio en el tratamiento de algunos de los ejes centrales propuestos; el poder, la dominación, la externalización de la

culpa, la minimización de las consecuencias de la propia conducta, los estereotipos de género, la dificultad para expresar sentimientos, etc.

Otra ventaja de trabajar con grupos abiertos es que posibilita dedicar el tiempo requerido por algún miembro en situaciones de crisis, permitiendo desplegar ante los integrantes del grupo un modelo de cuidado del otro y de respeto por sus necesidades específicas que no fue frecuente en las historias de vida de la mayoría de ellos (Barcus, 1997).

▪ ***Objetivos del tratamiento***

El objetivo principal del trabajo con hombres violentos es lograr que dejen de utilizar la violencia física y/o psicológica como método de ejercicio de poder intrafamiliar (Whaley, 2001).

Sin embargo quizás el objetivo más importante es el de prevenir que esta conducta se repita en el futuro, aún después de la intervención terapéutica (Nadel, 1996).

Para Whaley, los factores asociados con la violencia conyugal que se deben tener en cuenta a la hora de formular objetivos son:

1. Actitudes y estereotipos del rol de género.
2. Actitudes que apoyen el uso de la violencia para mantener el poder en la familia.
3. Un pobre control de los impulsos.
4. Malos tratos o exposición a malos tratos en la infancia.
5. Estrés intenso en la vida diaria actual.
6. Inadecuadas competencias en la relación.
7. Aislamiento.

Y por otro lado, los factores que deberían servir como guía para la formulación de los objetivos del proceso de recuperación de hombres violentos son (Hamberg, 1997):

- Revisar conductas y roles según los estereotipos de género.
- Revisar las relaciones que contribuyen a justificar la conducta violenta.
- Lograr el control de impulsos.
- Revisar aspectos de la historia personal.
- Incrementar habilidades sociales.
- Disminuir el aislamiento social.
- Incrementar la autoestima.

❖ *Procedimientos terapéuticos específicos*

- A. **Técnicas orientadas a obtener cambios en el nivel cognitivo.** Además de reconocer las conexiones entre pensamiento, afecto y conducta, también es necesario el examen de los pensamientos, las suposiciones, las creencias, las imágenes, etc. Que están en la base de la conducta violenta. La revisión de tales construcciones cognitivas requiere, en el caso de los hombres violentos un examen descriptivo de las situaciones en las que ha ejercido alguna forma de abuso para que establezcan las conexiones existentes entre el proceso interno y su conducta violenta, remplazando así su modo habitual de explicar esta última como producto de provocaciones externas, es necesario tener en cuenta los mecanismos que están en la base de las distorsiones cognitivas, descritos por Beck (Citado en Corsi, 1995):
1. Conclusión arbitraria (sin evidencia suficiente).
 2. Generalización excesiva (cuando establecen leyes generales a partir de incidentes aislados).
 3. Abstracción selectiva (cuando se consideran sólo los elementos de la situación que apoya la propia hipótesis, ignorando las que la contradicen).
 4. Maximización (exagerar la magnitud de un suceso).
 5. Minimización (restar importancia o magnitud a un suceso).
 6. Pensamiento dicotómico (moverse en extremos polarizados de tipo todo-nada).
 7. Personalización (interpretar los sucesos como referidos a sí mismo).
- B. **Técnicas orientadas a obtener cambios en el nivel de comportamiento.** Se utilizan por lo regular técnicas de reforzamiento como son: la economía de fichas, técnicas de extinción de conducta, (tiempo fuera, tiempo abierto, saciedad, etc.).
- C. **Técnicas orientadas a promover la elaboración de aspectos de la historia personal:** con base en la reconstrucción, redefinición y reinterpretación de la historia personal y el uso de la violencia, dentro del marco psicoeducativo.
- D. **Técnicas orientadas a promover cambios en el nivel interaccional comunicacional:**
1. Técnicas de auto-observación.
 2. Técnicas de reestructuración cognitiva.
 3. Técnicas para el desarrollo de la asertividad.

4. Técnicas de relajación.
5. Técnicas de control de la violencia física.
6. Entrenamiento en la modificación de las pautas de comunicación.
 - a. *Técnicas de auto-observación*

El primer objetivo de la técnica es que el hombre comience a discernir y diferenciar sus pensamientos de sus sentimientos. Un instrumento que permite organizar estas técnicas de auto-observación es el de Registros de sentimientos agresivos:

Descripción de la situación	Qué pensé	Qué sentí	Qué hice

Progresivamente, van aprendiendo que el enojo es un sentimiento y la violencia una conducta, un modo fallido de expresar ese sentimiento de enojo que puede ser reemplazado por otras conductas menos dañinas para sí mismo y para terceros.

b. Técnicas de reestructuración cognitiva

Además de reconocer las conexiones entre pensamiento, afecto y conducta es necesario, el examen de los pensamientos, las suposiciones, la creencia, las imágenes, etc., que están en la base de la conducta violenta.

La revisión de tales construcciones cognitivas requiere, en el caso de los hombres violentos, un examen detallado de las situaciones en las que han ejercido alguna forma de abuso para que establezcan las conexiones existentes entre el proceso interno y su conducta violenta, reemplazando así su modo habitual de explicar esta última como producto de provocaciones externas.

Al trabajar grupalmente, los demás miembros se ayudan a identificar y señalar las creencias de otro integrante además de los suyos propios.

c. Técnicas para el desarrollo de la asertividad

Una persona es asertiva cuando es capaz de expresar lo que piensa y siente, cuando es capaz de defender con decisión y firmeza sus derechos sin atropellar los de los demás: la conducta asertiva se diferencia tanto de la conducta agresiva y de la pasiva.

Asertividad implica, poder expresar enojo, reclamar lo que se considera injusto y mostrar con claridad sus pensamientos y sentimientos en cada ocasión. En todos los casos el trabajo con la asertividad implica simultáneamente un correlato más profundo, relacionado con el incremento de la autoestima, pilar fundamental para el logro de los objetivos planteados. Dado que el desarrollo de la conducta asertiva implica necesariamente la

comunicación de los sentimientos y estados afectivos, el hecho de compartir la experiencia grupal enseña una nueva forma de comunicarse.

d. Técnicas de control de la violencia física

La utilización de relajación progresiva, en el contexto de un trabajo grupal, permite ir incorporando al cuerpo como algo propio: es allí donde se manifiestan los distintos indicadores físicos previos a una situación violenta, se empieza a escuchar los distintos mensajes corporales; requiere al mismo tiempo revisar la idea estereotipada que asocia la atención y el cuidado corporal al ámbito femenino. Aprender a detectar las señales corporales es un requisito para cualquier instrumentación exitosa de las técnicas de control de violencia física.

e. Técnicas de control de la violencia física

La idea de que la violencia es algo totalmente incontrolable, producto de un momento de locura en el que se pierde la noción de lo que se hace, está profundamente arraigada en el imaginario social. Esta idea desde el inicio debe ser desechada por completo.

Para lograrlo, se trabaja en dos niveles complementarios: el entrenamiento en la detección de señales de pre-violencia y la técnica de la utilización del *time-out*.

En lo que respecta a la detección de señales de pre-violencia, es importante que cada uno registre al menos tres o cuatro indicadores, que funcionarán a modo de luz roja, ante la situación de peligro; el individuo debe incorporar el dato de que si continúa discutiendo una vez percibido alguno de esos indicadores muy probablemente llegue a protagonizar una situación de violencia física.

Una vez identificadas las propias señales de pre-violencia, es necesario trabajar en el segundo objetivo; el *time-out* (tiempo fuera o suspensión temporal). Simplemente, una vez percibidos los primeros indicios, deberá interrumpir la discusión y retirarse del lugar en el que se encuentre; esto deberá ser comunicado a la compañera previamente, con el fin de que ella sepa el por qué puede interrumpirse una discusión y producirse una salida apresurada.

f. Entrenamiento en la modificación de las pautas de comunicación.

El lenguaje verbal que los hombres violentos utilizan suele ser bastante pobre, sobre todo, predomina la función emocional sobre la dimensión racional. Una de las formas que suele adoptar ese discurso es la utilización del imperativo, a modo de órdenes dadas siempre para ser obedecidas, y no para comunicar una necesidad o deseo, a la vez que contribuye a

profundizar la dificultad de escuchar al otro. Muchos hombres se caracterizan por pronunciar monólogos vacíos de contenido, generalmente creyendo que se comunican sin mayores dificultades cuando en realidad van construyendo con las palabras un verdadero muro que impide toda posibilidad de comunicación horizontal. Los interlocutores perciben rápidamente que, en realidad sus respuestas no importan y que sólo son utilizados a modo de instrumentos de la descarga, para lo cual se propone:

1. Que los hombres identifique los efectos que producen sus mensajes verbales y no verbales.
2. Que los hombres identifiquen los aspectos que habitualmente son censurados en su conducta comunicativa (deseos, temores, etc.).
3. Que reestructuren su nivel comunicativo verbal, entrenándose en el llamado “discurso en primera persona” remplazando el discurso orientado hacia el control y la manipulación del otro.

El nivel comunicativo, abre las puertas para nuevas formas de resolución de conflictos interpersonales, basados en la negociación más que en la coerción o transacción insatisfactoria (Corsi, 1995).

➤ *Objetivos de la terapia para víctimas de violencia (mujeres) CAVI (Whaley, 2001)*

Uno de los objetivos prioritarios es trabajar sobre las justificaciones acerca de la violencia. Esto les ayuda a desresponsabilizarse acerca de su culpabilización, desmitificando la ideología y las creencias culturales que legalizan la inferioridad de la mujer y, en consecuencia, aprueban la ejecución de la violencia sobre ellas. Otro objetivo es incitar a la mujer a dejar o disminuir al máximo el tener que dar explicaciones o justificaciones sobre sus acciones. El grupo a través del apoyo y la contención, otorga confianza y seguridad acerca de que no existe una correspondencia, entre socializar su problema y el riesgo que puede correr al concretarlo. Por el contrario, difundir su situación le permitirá tener aliados que le acompañen y hasta la protejan ante las circunstancias de peligrosidad. De esta orientación deriva la vivencia que no estará sola en el proceso que ha iniciado, y que no es la única que vive violencia familiar.

A través del tratamiento, la víctima podrá recuperar la autoestima perdida y su propia valoración comenzando a actuar como un sujeto que piensa, decide y elige por sí mismo.

El trabajo grupal debe configurarse en un abordaje no sexista sino feminista, en el sentido de igualar los derechos y los deberes entre hombres y mujeres.

Aprender que el problema principal se basa en lo cultural y no en lo personal o interno, es un cambio que equivale a fracturar las normas sociales que mantienen el sometimiento del género femenino, llegando a su punto externo del maltrato en cualquiera de sus variedades.

La asertividad es otro punto prioritario en el trabajo de grupo. El objetivo que persigue es lograr que las mujeres puedan expresar de forma libre, sin temores, sus sentimientos, necesidades, deseos y autoafirmaciones.

Se promueve que las mujeres logren un buen conocimiento de sí mismas, profundizando sobre sus inquietudes, necesidades e intereses, incrementando con esto la autoestima; revisión del estereotipo tradicional femenino como esposa, madre, ama de casa; revisión del rol genérico masculino, comprensión del sentimiento de enojo y su manifestación sin temor al castigo.

Dentro de la terapia grupal se llevan a cabo los siguientes objetivos:

1. Conocer la dinámica de la violencia o el círculo del maltrato.
2. Reconocer sus comportamientos victimales.
3. Identificar sus reacciones tanto emocionales como comportamentales, ante el maltrato recibido.
4. Lograr mayor capacidad asertiva.
5. Quitar mitos y culpas, en la participación del acto violento.
6. Reconocer papeles de género que subyacen en la dinámica de la violencia intrafamiliar.
7. Reconocer sus propios recursos en el desarrollo personal.
8. Tomar la responsabilidad de su vida y poder, en su persona, proyectadas en un estado de vida más satisfactoria a sus expectativas.

3.4.3 Terapia familiar para la violencia

Todas las personas en su comportamiento normal, utilizan a diario estrategias muy eficientes para evitar la escalada que conducirá a la violencia. Es factible utilizar algunas de dichas estrategias con fines terapéuticos. La experiencia muestra que existen dos maneras de salir de la violencia. En algunos casos la marcha de la violencia se detiene provisoriamente para luego repetirse de la misma forma. Cuando toman conciencia de su irrupción inminente, los protagonistas encuentran los medios para prevenir el acto violento, aunque sin modificar

las condiciones que conducen a la violencia. Se puede decir que estas salidas evitan la violencia sin resolver la problemática. Son las salidas de evitación. La segunda forma para escapar de la violencia en la que se tiende a modificar las condiciones de su aparición, son las salidas de resolución, que introducen diferencias que producen muy difícilmente el uso de la violencia, ya que sea en el momento mismo o más adelante. Estas salidas de evitación y de resolución, fueron mencionadas anteriormente.

A continuación se abordará el modelo de la terapia del movimiento feminista, que es otra propuesta para el tratamiento de la violencia familiar.

3.4.4 Movimiento feminista

El movimiento feminista, en el decenio de 1980-1989, se originó con la ruptura en las técnicas tradicionales de la terapia familiar, postulando que en la terapia no deben existir conceptos como la agresividad, las jerarquías y los sistemas mecanicistas. Se inclinan por el modelo post- Milán, que es colaborativo, respetuoso e interesado en el significado y la ecología familiar. Los terapeutas familiares de la corriente feminista se basan en los valores de neutralidad, postulan la idea de confiar en la familia. Este modelo tomó gran relevancia a partir de 1990, por sus conceptos de modernismo y *avant-gard*, ya que sus teorías y técnicas evolucionaban los conceptos fundamentales en terapia familiar (Walters, Careter, Papp y Silverstein, 1991).

La cibernética llevó a este movimiento a ver a la familia en crisis como una máquina descompuesta (sistema familiar con patología): según Judith Mayers (cit en Sánchez, 2000), las leyes de los sistémicos están divorciadas de las realidades contextuales de lo histórico, lo social, lo económico y lo político.

Los terapeutas familiares feministas ayudan a las familias a examinar y reorganizar el cambio de las reglas que mantienen al hombre arriba de la mujer. Este modelo postula que los valores de género deberían ser reorganizados por los terapeutas familiares, en congruencia con las nuevas generaciones. La terapia familiar feminista es la aplicación de conceptos y sus valores a la terapia familiar, tendientes a lograr un cambio social, familiar e individual tanto para la mujer como para el hombre; su meta es liberar a los clientes masculinos y femeninos de limitaciones destructivas e innecesarias que surgen de una estructura social opresiva, para lo cual el terapeuta examina de que manera los roles de género y los estereotipos afectan a (Sánchez, 2000):

Cada miembro de la familia.

Las relaciones entre los miembros de la familia.

Las relaciones entre la familia y la sociedad.

Las relaciones de la familia y el terapeuta.

Esto permite a la familia considerar una amplia gama de perspectivas, conductas y soluciones, y una variedad más real y equilibrada de los roles, identidad, posesión y toma de poder. Los seguidores de esta corriente toman varios aspectos del pensamiento sistémico familiar en su propuesta teórica, para complementar los modelos de terapia familiar existentes, incluyendo la visión de género, a fin de validar la experiencia de las mujeres dentro y fuera de la estructura familiar.

Resumen Final

Hasta aquí, se concluye la primera fase de construcción del protocolo. En esta primera fase, que consiste en estudiar las características del problema, se hizo una revisión bibliográfica sobre tres enfoques (social, psicológico e interaccional), y se encontró que los enfoques social y psicológico, se complementan.

Estos dos enfoques dan definiciones muy similares, además concuerdan en que existen tres tipos de violencia (la física, la psicológica y la sexual); también en que el hombre es el que habitualmente violenta a la mujer; en las características de hombres y mujeres; y en las consecuencias del abuso. Los tres enfoques están de acuerdo en que existe un ciclo de violencia conyugal.

De acuerdo con los enfoques, social y el psicológico, la violencia contra las mujeres tiene que ver con característica de las sociedades donde se construyen identidades de género jerarquizadas y autoexcluyentes. Entonces la violencia es consecuencia de la inequidad entre hombre y mujer, aprendido durante el proceso de socialización que define pautas de comportamiento aceptables, asignando a la mujer el espacio de fragilidad y la sumisión, mientras que al hombre le otorga el de la agresividad y la violencia. De ésta manera, los hombres ejercen la violencia como un medio para garantizar su dominio o para resolver conflictos, y la sufren quienes se hallan en una situación más vulnerable, las mujeres.

Respecto a las características, en la mujer golpeada las características que presenta son: incondicionalidad, amor como justificación del abuso, disminución del poder, del valor propio y el registro de malestar.

Acerca de las consecuencias para la salud mental de la víctima se encuentran: la respuesta que produce la experiencia traumática como las respuestas cognitivas, conductuales, emocionales, psicológicas e interpersonales como:

Baja autoestima, asertividad deficiente, escasa capacidad de iniciativa, sumisión, inseguridad, indecisión, devaluación, minusvalía y autodevaluación, culpa, vergüenza, frustración, impotencia, codependencia, ambivalencia (amor-odio),

Además de trastornos psicopatológicos como depresión y trastornos por estrés post-traumático, Síndrome de Estocolmo, Síndrome de indefensión aprendida, trastornos de ansiedad como fobias, ataques de pánico y trastornos obsesivos compulsivos; trastornos y estados disociativos o psicosis reactivas breves; como resultado de una amenaza incontrolable, respuestas de alerta y sobresalto permanente, debida a la intermitencia de la violencia entremezclada con periodos de ternura y arrepentimiento,

Trastornos de alimentación como anorexia y bulimia; adicciones como alcoholismo y drogodependencia; disfunción sexual, infecciones vaginales, particularmente en el caso de las mujeres sometidas a violencia sexual, alteraciones del sueño e insomnio, autolesiones, intentos de suicidio, agresividad hacia otros o hacia uno mismo, desórdenes múltiples de personalidad.

Otros síntomas en la mujer maltratada son los dolores corporales y de cabeza, problemas respiratorios y asma, fatiga, colon irritable, úlceras.

Los modelos terapéuticos, plantean objetivos y técnicas, en donde el objetivo principal es la erradicación de la violencia, esto lo podemos observar en la tabla 9.

Los objetivos y técnicas de los modelos terapéuticos para mujeres son:

El objetivo principal: desarrollar y reforzar los recursos internos y los externos para poner fin a la situación de abuso, logrando su protección física y emocional.

Los objetivos específicos:	Las Técnicas:
<ul style="list-style-type: none"> ☞ Reconocer la dinámica de la violencia familiar. ☞ Reconocer y clarificar sus necesidades. ☞ Ubicar el origen de su aceptación de la violencia en su familia de origen. ☞ Modificar las creencias tradicionales acerca de los roles de género y las actitudes sexistas. ☞ Identificar sus reacciones emocionales ante el maltrato recibido, buscando una manera más saludable de expresarse. 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Estrategias para el control de la ansiedad (respiración profunda, relajación muscular progresiva). ☞ Técnicas cognitivas para identificar y modificar los posibles pensamientos distorsionados, tales como reestructuración cognitiva, parada de pensamiento. ☞ Entrenamiento en habilidades sociales. ☞ Inoculación de estrés.

<ul style="list-style-type: none"> ☞ Mejorar habilidades de comunicación que les permitan expresar de forma adecuada sus necesidades. ☞ Fomentar una comunicación y habilidades sociales adecuadas. ☞ Identificar señales que anticipan un evento de violencia y aprender a romper la secuencia de conductas para frenarlo. ☞ Aumentar la seguridad de la mujer maltratada. ☞ Reducir y/o eliminar sus síntomas. ☞ Aumentar su autoestima. ☞ Aprender y/o mejorar los estilos de afrontamiento, de solución de problemas y de toma de decisiones. 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Entrenamiento en solución de problemas. ☞ La inclusión de un componente educativo en el que se aborden las creencias tradicionales sobre el maltrato a la mujer y las actitudes sexistas. ☞ "time out". ☞ El desahogo emocional. ☞ El entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento.
--	--

Tabla 9.

Concluyendo con esta primera fase de la construcción del protocolo, se pasa al marco teórico, que fundamenta la propuesta de tratamiento. En primer lugar se planteará el proceso de construcción de protocolos utilizado por Nardone en su investigación-acción, y posteriormente la fundamentación de su propuesta, que son la lógica, en particular la lógica Estratégica y la lógica Paraconsistente, y los modelos de persuasión.

MARCO TEÓRICO

I. TERAPIA FAMILIAR Y VIOLENCIA FAMILIAR

Si se quiere remontar a la matriz del enfoque estratégico, se puede escoger entre dos posibilidades. La primera en la tradición de pensamiento estratégico que posee raíces más lejanas en la historia de la humanidad. Los precursores de este estilo de pensamiento se pueden encontrar en el ámbito de la filosofía griega, desde los presocráticos hasta los sofistas y Epicureo, así como en el mundo oriental, en algunas opiniones relativas a la conducta que se dan en el budismo y el zen. Esta corriente de pensamiento ha impregnado, por medio de la voz y la personalidad de muchos pensadores, toda la historia cultural de la humanidad desde el comienzo hasta nuestros días (Nardone y Watzlawick, 1992).

La segunda posibilidad consiste en tomar directamente como punto de partida las más recientes aplicaciones específicas, en el campo de los trastornos psíquicos y comportamentales, del pensamiento estratégico o constructivista relativo a la naturaleza humana y a sus problemas. Desde dicha perspectiva, el padre de la terapia estratégica es Milton Erickson (Nardone y Watzlawick, 1992).

La Terapia Familiar Estratégica incluye diversos enfoques, todos los cuales poseen ciertos denominadores comunes. Un rasgo primordial de todos ellos es que el terapeuta asume la responsabilidad de planear una estrategia a fin de resolver los problemas del cliente (Haley, 1963, 1967^a, 1967^b; Herr y Weakland, 1979; Montalvo, 1973; Montalvo y Haley, 1973; Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1978; Papp, 1980; Rabkin, 1977; Madanes, 1984, 1993, 1995, 2001; Watzlawick, Weakland y Fisch, 2003). El terapeuta establece objetivos claros que siempre entrañan la solución del problema presentado. No aplica un mismo método a todos los casos sino que diseña una estrategia específica para cada problema.

En cuanto a los procedimientos (estrategias destinadas a provocar el cambio) y el proceso (las fases evolucionadas del cambio) de la terapia, el enfoque estratégico es el resultado de aplicar al campo clínico los *Principios Matemáticos* de la teoría de los Tipos Lógicos (Whithead y Ruseell 1910-1913) y de la Cibernética moderna (Wiener, 1947; Ashby, 1956; Bateson, 1967, 1992; Bateson, Jackson, Haley, y Weakland, 1956; Bateson y Jackson, 1964; Von Foerster, 1974) y se basa en consecuencias de causalidad circular, de retroacción entre causa y efecto y en el principio de discontinuidad del cambio y del desarrollo.

Los elementos indispensables para la confección de los planos estratégicos y de las técnicas estratégicas específicas, fueron las enseñanzas de Erickson sobre la utilización de la

sugestión en la comunicación terapéutica, y la de Watzlawick sobre la utilización de la paradoja, de los dobles vínculos y de otras técnicas de la pragmática de la comunicación humana (Nardone, 1997).

Erickson, experto hipnotizador, ha sido seguramente el primer terapeuta que ha utilizado de forma deliberada la sugestión y la comunicación imperativa como instrumentos terapéuticos. Introduciendo procesos deliberados de persuasión en el ámbito del instrumental psicoterapéutico, demostrando su eficacia y eficiencia clínicas. Definiendo la hipnosis como un fenómeno de carácter comunicativo y psicosocial. Erickson ha experimentado toda una serie de técnicas de comunicación hipnótica, susceptibles de ser utilizadas en psicoterapia para inducir a los pacientes a expresar nuevas experiencias emotivas y comportamentales, capaces de eliminar las patologías. En la perspectiva ericksoniana, los cambios terapéuticos, si han de burlar las resistencias, deben producirse inicialmente sin que el paciente sea consciente de ellas, haciéndoselos luego explícitos sólo tras haber tenido lugar, convirtiéndose de esta manera en vehículo de ulteriores cambios. Erickson, sostenía que la resistencia del paciente no debe interpretarse, sino que debe utilizarse (O'Hanlon, 1989; Procter, 2002)

El grupo de investigación guiado por Bateson, formuló la hipótesis de que los trastornos psicológicos eran una realidad que, estudiada en su contexto específico, expresaba secuencias de comportamiento que se caracterizaba por una lógica racional. Ésta fue una diferenciación aún más neta respecto a aquellos modelos psiquiátricos, psicodinámicos y médicos que creían que los trastornos mentales y los de comportamiento eran un efecto, o de alteraciones bioquímicas o de problemas intrapsíquicos o de otras formas de determinismo biológico o ambiental. Sobre la base de esta tesis, los investigadores comenzaron a estudiar, filmando y volviendo a observar las filmaciones, las interacciones usuales entre los portadores de problemas, sus familias y sus contextos de interacción, poniendo de manifiesto y observando redundancias de comunicación (paradojas, díadas, formas rígidas de comunicación) (Bateson, Jackson, Haley, y Weakland, 1956; Haley, 1976).

Bateson ha sistematizado a un nivel teórico y aplicativo las propiedades de la comunicación relativas al mensaje y a la relación, esto es, las características digitales y analógicas del lenguaje en todas sus formas. De modo que a él y a su grupo de investigadores se debe el empuje tan abundante dado a la cibernética (Ashby, 1954, 1956; Wiener, 1967, 1975) y a la teoría del doble vínculo (Bateson, Jackson, Haley, y Weakland, 1956; Bateson, Jackson, 1964; Bateson, 1967). La síntesis de todo este enfoque se debe a Paul Watzlawick, que en su *Pragmatics of Human Communication* (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1999)

exponen en detalle los aspectos teóricos aplicativos de las investigaciones del grupo de Palo Alto sobre la comunicación y sus aspectos estrictamente pragmáticos, y que luego, con otra terminología, remite al poder imperativo y persuasorio de la comunicación y de su posible uso terapéutico.

La primera formulación de una terapia breve estratégica se debe al grupo de investigadores del Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto (Watzlawick, Weakland y Fisch, 2003; Weakland, Watzlawick, Fisch y Bodin 1974); estos autores han sistematizado el enfoque sistémico con las aportaciones técnicas de la hipnoterapia de Milton Erickson.

Este grupo de investigadores clínicos (Weakland, Watzlawick, Fisch, Bodin, 1974) habían observado, a través de la praxis empírica directa, que, por lo que se refiere a la persistencia de trastornos psíquicos y comportamentales, el funcionamiento era el mismo. De hecho, demostraron de manera concreta cómo, frente a una numerosa casuística (97 casos) con trastornos muy diversos entre sí, la aparente simple intervención centrada en conseguir que el paciente cambiara las soluciones intentadas, puestas en práctica hasta aquel momento para hacer frente al problema, producía en la mayoría de casos la rápida solución del trastorno presentado.

Paralelamente a la evolución del modelo utilizado en el MRI, Jay Haley del grupo original de Bateson y alumno de M. H. Erickson, ha desarrollado su formulación personal de terapia estratégica, que ha tenido resultados semejantes a los del MRI.

En los primeros años de la década de 1980 apareció un tercer modelo de terapia breve de base sistémico-estratégica, formulado por Steve De Shazer y su grupo de Milwaukee (De Shazer, 1982^a, 1982^b, 1985, 1988^a, 1988^b). Los resultados relativos a la eficacia y eficiencia presentados por este grupo resultaron significativos.

Sucesivamente, otros autores pertenecientes a uno de los tres grupos han desarrollado los modelos básicos (Madanes, 1984; O'Hanlon, 1989; O'Hanlon y Wilk, 1987; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989; Nardone, 1991, 1997; Berg, 1994).

Actualmente son muchos los autores que proponen evoluciones técnicas refiriéndose específicamente a uno de los tres modelos básicos, sintetizando sus posiciones, presentando formulaciones específicas para contextos de aplicación concretos (Nardone y Watzlawick, 1992; Madanes, 1993, 1995; Nardone, 1991, 1997, 1995), o identificando tipologías específicas de tratamiento para formas concretas de patologías (Nardone, 1997; Berg, 1994).

En este sentido, Giorgio Nardone comienza el proyecto de investigación sobre la evolución de la terapia breve, con la elaboración de protocolos específicos de tratamiento para formas concretas de alteraciones psicológicas.

1.1 ANTECEDENTES: historia del proceso construcción de protocolos de Nardone: Fobias y trastornos alimenticios.

A partir de 1985, Giorgio Nardone, en el Centro de terapia estratégica de Arezzo, comienza el proyecto de investigación sobre la evolución de la terapia breve, de un modelo general a un modelo específico de intervención en patologías específicas. Siguiendo los pasos de la formulación de terapia breve estratégica de Palo Alto (Watzlawick, Weakland y Fisch, 2003; Watzlawick, 1990), la investigación ha llevado inicialmente a la elaboración de un protocolo específico de tratamiento para formas concretas de alteraciones psicológicas, como los trastornos fóbico-obsesivos y los alimentarios (Nardone y Watzlawick, 1992; Nardone, 1997, Nardone y Watzlawick, 1999).

Esta metodología empírico-experimental se ha aplicado en primer lugar con el estudio de los trastornos fóbicos y obsesivos, y ha llevado, tras haberse experimentado en un centenar de casos, a la formulación de cinco protocolos específicos de terapia para las distintas variantes de fobias generalizadas, aplicados con éxito en miles de casos (Nardone y Watzlawick, 1992; Nardone, 1997, Nardone, Verbitz y Milanese 2002; Nardone y Portelli, 2005).

Los primeros tres años (1985-1988) del proyecto de investigación de Nardone (1997), fueron una continua experimentación de técnicas, procedentes de muchos y diversos métodos terapéuticos o completamente inventadas *ex novo*, que podían resultar útiles. Cada maniobra terapéutica, además de ser estudiada, fue analizada en su más eficaz articulación y modalidad comunicativa. Muy pronto se hizo evidente la utilidad de disponer no sólo de “procedimientos” específicos para problemas específicos que había que abordar en el curso de la terapia, sino también de una secuencia específica del tratamiento que exaltara el poder de intervención de las maniobras y condujera con mayor eficacia a la obtención de los objetivos fijados de antemano (Nardone, 1997).

El proceso de la terapia fue articulado en estadios y fases sucesivas. Cada fase estaba representada por objetivos específicos que había que alcanzar; para ello se estudiaron y diseñaron tácticas específicas y una modalidad de comunicación terapéutica igualmente específica. Con ese objetivo también se estudiaron una serie de posibles maniobras para poner cerco a algunas resistencias previsibles desarrolladas por el paciente (Nardone, 1997) (ver Figura 1).

Al experimentar estas dos primeras versiones de protocolos estratégicos, la experimentación de técnicas y la articulación en fases y estadios, se consiguió diseñar el modelo de intervención compuesto por una serie prefijada de procedimientos, pero dotado al mismo tiempo de flexibilidad y capacidad de adaptación técnica a las previsibles evoluciones de la interacción terapéutica. (Nardone, 1997).

La puesta a punto de modelos estratégicos de tratamiento específico, derivado de este tipo de enfoque orientado a la construcción de soluciones, ha producido un conocimiento de los modelos de persistencia de los diversos tipos de desórdenes psicológicos estudiados, entre los trastornos fóbicos y obsesivos (Nardone y Watzlawick, 1999). Y como resultado de esto, se diseñaron 5 protocolos específicos de tratamiento (ver figura1):

1. La estrategia y las estratagemas para la solución de la agorafobia
2. La estrategia y las estratagemas para la solución del síndrome de los ataques de pánico
3. La estrategia y las estratagemas para la solución de los síndromes mixtos de agorafobia y ataques de pánico
4. La estrategia y las estratagemas para la solución de los síndromes obsesivo-compulsivos
5. La estrategia y las estratagemas para la solución de los síndromes fóbico-hipocondríacos.

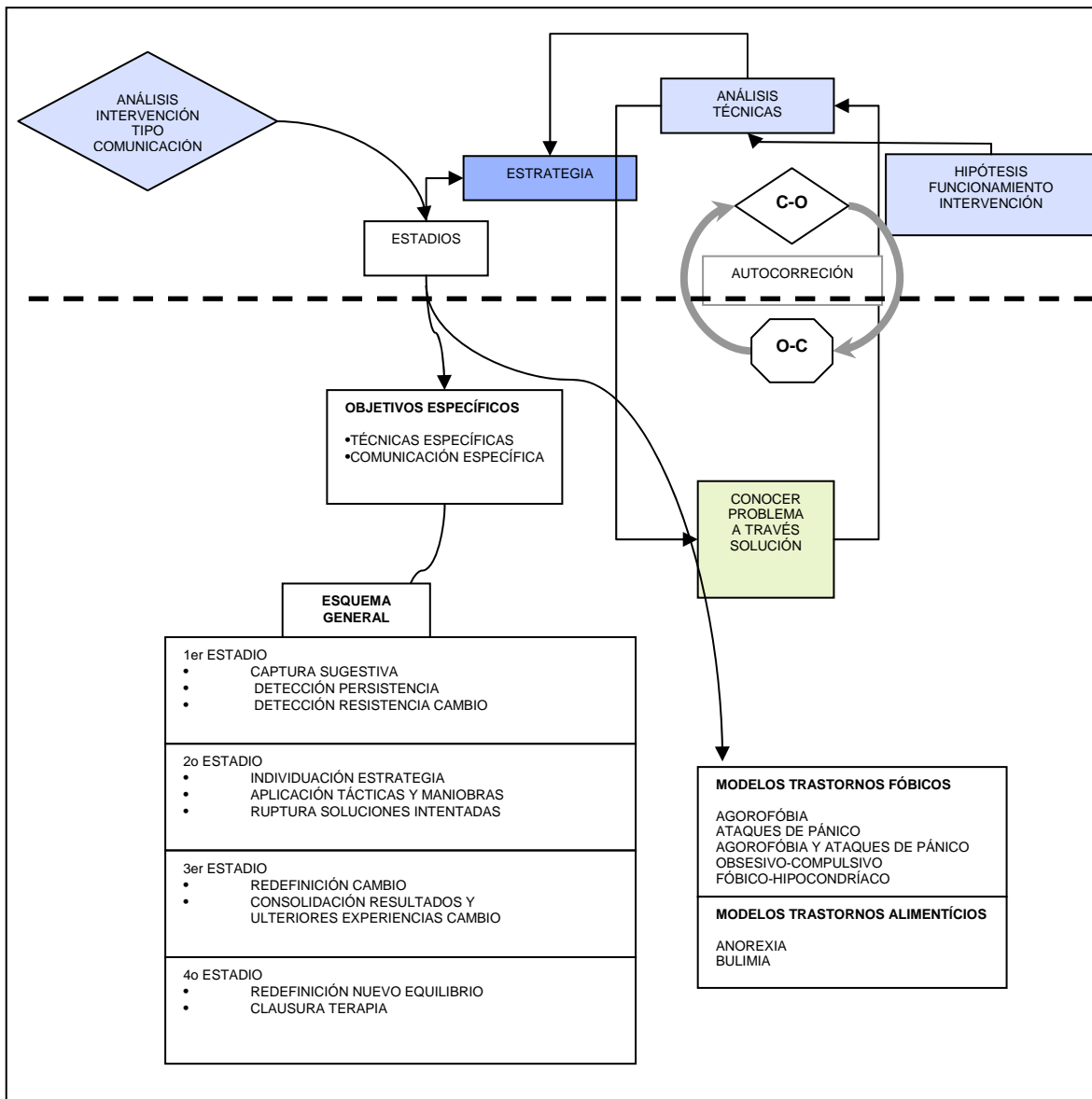


Figura 1: La figura muestra la etapa final del proceso de construcción de protocolos, después de haber experimentado las intervenciones más idóneas, pasando al análisis de las intervenciones y el tipo de comunicación, llegando a la construcción de una estrategia compuesta por 4 estadios.

Como es posible observar en la Figura 1, un protocolo de intervención específica puede subdividirse en una secuencia de cuatro estadios (Nardone y Watzlawick, 1999):

Primer estadio:

- a) captura sugestiva,
- b) detección de la tipología de persistencia del problema,
- c) detección de la resistencia al cambio.

En este estadio, el terapeuta, utilizando las técnicas de la comunicación estratégica, debe crear una atmósfera sugestiva de preparación a la intervención terapéutica. Mientras, en

el intervalo, detecta las soluciones intentadas que mantienen el problema y el carácter específico de su persistencia.

Esto se lleva a cabo en la primera sesión, al final de la cual, si la tipología presentada es una de aquellas para las que se ha puesto a punto un protocolo específico de tratamiento, se pasa a la segunda fase de la terapia: la de las maniobras y prescripciones directas.

Segundo estadio:

- a) individuación de la estrategia específica,
- b) aplicación de las primeras tácticas y maniobras,
- c) ruptura, mediante maniobras específicas, del círculo vicioso de las soluciones intentadas que mantienen el problema; o bien: producción de la primera experiencia emocional correctiva.

Una vez reconocida la forma específica de persistencia del trastorno y la tipología de resistencia al cambio que el paciente presenta, el terapeuta pone en acto la intervención estratégica específica adoptándola, en el aspecto de la comunicación, a las necesidades del caso. El objetivo de este estadio de la terapia es introducir el primer cambio de importancia en la situación sintomática vivida por el paciente. En otros términos, hacer que el sujeto viva por primera vez una experiencia concreta distinta en lo que se refiere a su patología. Esta experiencia emocional correctiva lo llevará a percibir de una manera distinta la realidad, hasta ese momento vivida como incontrolable e inasumible, pero en este experimentada como controlable y asumible.

Obviamente, esto no va a ser todavía la curación completa, sino sólo la apertura de una ventana hacia una nueva realidad construida sin patología.

Tercer estadio:

- a) redefinición del cambio,
- b) consolidación de resultados y ulteriores experiencias de cambio mediante prescripciones directas.

El tercer estadio, por lo que toca a duración, exige más tiempo, porque representa el estadio en el cual el paciente, después del rápido cambio que ha tenido lugar, avanza hacia nuevos cambios orientados a la definitiva resolución del problema presentado. Todo esto hace prever que el terapeuta, mediante prescripciones progresivas y redefiniciones de los cambios, suministradas de manera cada vez menos sugestiva con el fin de facilitar una adquisición indirecta de autonomía, ha de conseguir que el sujeto construya un nuevo equilibrio, basado en

percepciones alternativas de la realidad y distintas reacciones ante ella, fundado en sus recursos personales.

Cuarto estadio:

- a) redefinición del nuevo equilibrio construido,
- b) clausura de la terapia incentivando la autonomía personal.

El último estadio de la terapia, representado por la última sesión, se dedica a la explicación de todo aquello que se ha hecho durante la terapia, incluida la explicación de las estrategias terapéuticas utilizadas, para dejar en claro que no se ha llevado a cabo ninguna magia, sino que sólo se han utilizado técnicas específicas para movilizar los recursos del paciente, hasta ese momento bloqueados. Un terapeuta estratégico atribuye siempre la responsabilidad del éxito al paciente, mientras que él, por su parte, asuma la responsabilidad de un fracaso eventual, dejando así a la persona la posibilidad de hacer frente al problema con otra terapia.

Para obtener un cambio rápido y efectivo, hay que conseguir primero que la persona cambie sus disposiciones perceptivas sin darse cuenta, para luego, una vez conseguido ya el cambio, explicar los trucos utilizados. En orden a producir este salto inconsciente se utilizan los recursos internos de la realidad que quiere ser modificada, mediante maniobras específicas que los movilizan de cara a un proceso que ha de llevar de manera inevitable el cambio. El arte de la terapia consiste, en llevar al paciente a construir una situación, en el seno de la cual el cambio de sus percepciones y reacciones sea no sólo previsible sino inevitable (Nardone y Watzlawick, 1999).

Posteriormente, en 1993, Nardone comenzó otro proyecto de investigación-acción sobre los trastornos alimenticios. Se inició con el estudio de las características del problema y con la revelación de las soluciones ensayadas redundantes que se repiten en cada patología. Es decir, poner de manifiesto cuáles son los elementos que tienden a mantener esas estructuras de problemas y qué estrategias resultaban ser las más eficaces y eficientes para resolverlos (Nardone, Verbitz y Milanese 2002).

Con una primera casuística limitada, se comenzó a estudiar y a experimentar empíricamente de manera sistemática y rigurosa cuáles eran las intervenciones que surtían efecto y cuáles eran las soluciones ensayadas redundantes que fracasaban. Utilizando primero las técnicas que se tenían a mano, algunas tomadas de estudios específicos, otras sacadas del tratamiento de patologías que podían parecer similares, como las obsesiones y las fobias. Ésta

fue la primera fase en la construcción del protocolo terapéutico específico para los trastornos alimenticios.

A la cual siguió la fase de revelación y abolición de las técnicas que no resultaron eficaces, y se seleccionaron en cambio las que demostraron ser capaces de producir cambios concretos e inventaron algunas de ellas *ex novo*. A partir del momento en que una solución “era apropiada” al problema y arrojaba resultados concretos, se intentaba adaptarla y repetirla con un número mayor de casos. Sólo las técnicas que seguían produciendo cambios al ser reiteradamente aplicadas con varios problemas del mismo tipo eran consideradas empíricamente eficaces.

Con este método se intentó progresivamente seleccionar las técnicas más idóneas para los tipos particulares de problemas estudiados, se les introdujo dentro de una secuencia prefijada y se crearon hipótesis de posibles variantes, para de este modo optimizar al máximo la eficacia y la eficiencia de la intervención y hallar una verdadera solución al problema. Gradualmente, mediante afinamientos y adiciones de varias maniobras y sucesivas selecciones, se llegó a la primera construcción de una primera secuencia ordenada: una estrategia, es decir un modelo de intervención clínica específica para el tipo de patología estudiada. Esta estrategia, compuesta de tácticas y técnicas específicas, organizadas en una secuencia progresiva de estadios terapéuticos con peculiares objetivos que alcanzar, representa el protocolo terapéutico de los trastornos alimenticios.

1.2 FUNDAMENTOS DE LA PROPUESTA DE NARDONE: Lógica y Modelos de persuasión.

Giorgio Nardone, como lógico y filósofo de la ciencia, hace uso de la lógica para la construcción de los protocolos de tratamiento que hemos reseñado en el apartado anterior, particularmente de la lógica estratégica y la lógica paraconsistente (ver Figura 2):

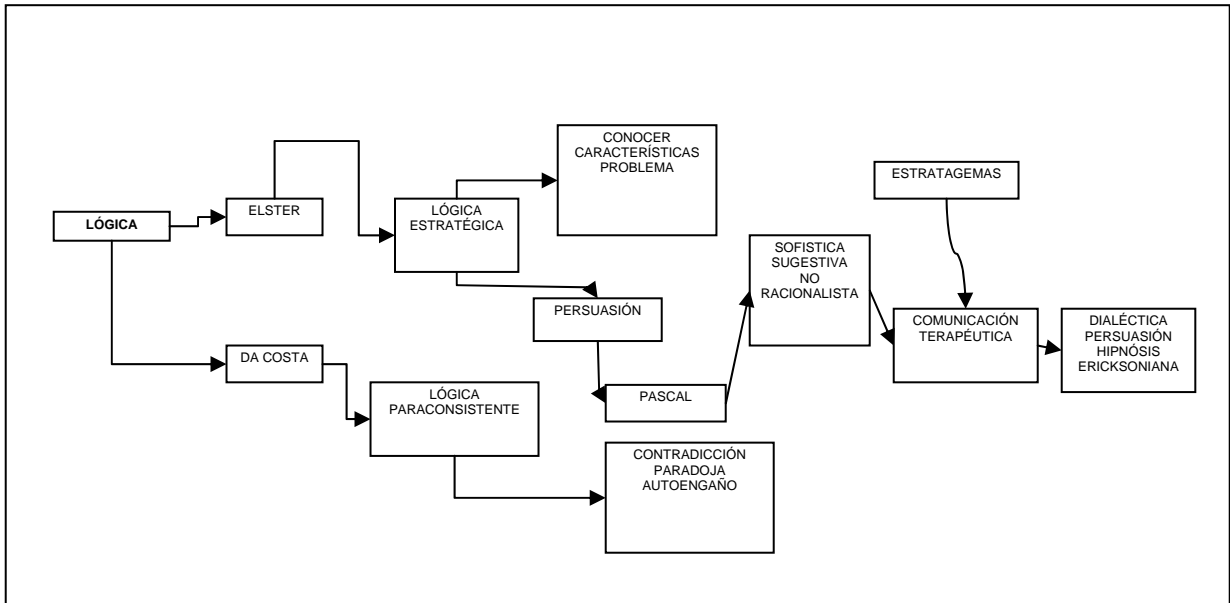


Figura 2: Esta figura muestra, por un lado la lógica estratégica, que permite conocer un problema mediante su solución, esto acorde con la investigación-acción. Y por otro lado, la lógica paraconsistente, que permite el uso de la contradicción, la paradoja y el autoengaño, en relación con la persuasión sofística, sugestiva, no racionalista, para la comunicación terapéutica.

1.2.1 Lógica

La lógica ha guiado siempre la proyección humana de estrategias y comportamientos, y desde tiempos antiguos hasta nuestros días se ha desarrollado como un área de investigación muy especial, normalmente reservada a matemáticos y filósofos, pero también como un inevitable instrumento para todo aquel que quiera construir proyectos sistemáticos orientados a la solución de problemas específicos. Además hay que dejar bien claro que las personas, a sabiendas o no, usamos siempre la lógica, tanto en las acciones simples como en las interacciones complicadas; por que la lógica, pese a todo, es un elemento fundamental con el que hay que contar siempre que proyectamos secuencias de acciones dirigidas a un objetivo (Nardone y Salvini, 2000).

El campo aplicativo de la psicoterapia muestra, a menudo, realidades extrañas, y una de éstas es seguramente el exceso de complicadas teorías y la escasez de aportaciones operativas eficaces. Esto deriva del hecho de que psicólogos, psiquiatras y psicoterapeutas, ignorando los criterios lógico-epistemológicos en que se basan los conocimientos científicos, son por lo común o demasiado teóricos o demasiado reduccionistas, y dividen su materia, por una parte, en grandes sistemas teóricos y, por otra, en práctica clínica, olvidando con

frecuencia el instrumento que desde la antigüedad ha guiado a los pensadores en la conjugación de la teoría con la práctica: la lógica (Nardone y Salvini, 2000).

Como consecuencia de olvidar la ciencia teórica y aplicada hay que destacar que, en el ámbito de las diversas teorías de psicoterapia, con una presencia de más de 500 modelos distintos, se encuentran sólo dos tipologías fundamentales de lógica, llamadas por Nardone (Nardone y Salvini, 2000): el Reduccionismo-determinismo y el Complicacionismo.

La primera de estas dos tipologías se refiere a los modelos teórico-aplicativos basados en teorías rígidamente deterministas, ejemplo de esto son el psicoanálisis y el conductismo, escuelas de pensamiento opuestas, pero con igual epistemología de fondo, que utilizan un modelo de lógica mecanicista-positivista. Estos enfoques y todos sus derivados aplican una lógica tradicional de carácter racionalista-aristotélico, basada en los conceptos de objetividad científica y coherencia, así como con el principio de no contradicción, y reducen, de esta manera, el conocimiento de la mente y de la conducta humana mediante una aplicación rígida de una lógica hipotético-deductiva, que funda sus hipótesis y sus procesos deductivos en la teoría determinista *a priori*.

De esta forma se construye un sistema autorreferente, en cuyo seno la práctica clínica se orienta mediante una lógica rígidamente determinada por el sistema teórico que ella misma debería comprobar. El conjunto se presenta como un círculo virtual en el que las hipótesis se confirman desde una teoría no confirmada, y la teoría se confirma mediante deducciones lógicas que ella misma ha construido. En resumen, una especie de circularidad causal en el seno de la cual se verifican, unas a otras, verdades no comprobadas.

Mientras que el complicacionismo, mediante sus interpretaciones de la teoría de la complejidad (Morin, 1995) y del constructivismo, complican el estudio de la mente y de la conducta humana mediante la construcción de teorías cada vez más rigurosas y articuladas en apariencia, pero casualmente todas por demostrar, con la consecuencia de que acaban perdiéndose en el seno de esta complejidad, desaprovechando así la capacidad de proyectar estrategias de intervención eficaces y pragmáticas. En este caso se observa un predominio de la pura epistemología con menoscabo de la lógica de la intervención, que se expresa en la incapacidad de pasar del puro nivel teórico al de la estructuración de la operatividad clínica. Esta es la consecuencia directa, del excesivo énfasis puesto en los aspectos epistemológicos de la psicoterapia, olvidando prestar la debida atención a la evolución de aquellas disciplinas que

se ocupan de la interacción entre teoría y práctica para la construcción y verificación de modelos de intervención.

A continuación presentamos la propuesta que Nardone hace en este aspecto.

1.2.1.1 Lógica Estratégica

En el ámbito de la lógica moderna, hay formulaciones que permiten a los psicoterapeutas salvar tanto la complejidad de la mente y del comportamiento humano como la necesidad de construir estrategias eficientes y eficaces orientadas a un objetivo. Dentro de esta disciplina, que siempre se ha ocupado de un modo específico de la *resolución de problemas* existe una lógica particularmente denominada *lógica estratégica* (ver Figura 2), que ofrece la posibilidad:

- a) de construir modelos rigurosos partiendo más bien de los objetivos que se quieren alcanzar que las de las indicaciones de la teoría a priori que marca los criterios de salud y patología;
- b) de superar la lógica de tipo hipotético-deductiva, optando por una lógica constitutivo-deductiva en el proceso de construcción de las estrategias, garantizando de esta manera la adaptación de las soluciones al problema que la adaptación del problema a las soluciones, coherentes por lo general con las hipótesis que se derivan de una teoría normativa y prescriptiva;
- c) de mantener, durante el proceso interactivo entre la solución y problema, una autocorrección constante del modelo de intervención, a partir de los efectos detectados, antes que la persistencia que no producen resultados positivos y que, a menudo, aumentan la gravedad del problema que deberían resolver, sólo por el hecho de ser coherentes y congruentes con el modelo teórico-aplicativo adoptado.

La Lógica Estratégica (Elster, 1979, 1985; Da Costa, 1989^a, 1989b) no basa la construcción de sus modelos en teorías descriptivas y prescriptivas, sino en características específicas del problema que hay que resolver y en los objetivos preestablecidos que se deben alcanzar.

1.2.1.2 *Lógica Paraconsistente*

Esto es posible gracias a la utilización de lógicas matemáticas más evolucionadas, como la lógica “paraconsistente” (Da Costa, 1989^a, 1989b; Grana, 1990) y “no-aletica”, que vuelven riguroso el empleo de intervenciones basadas en la contradicción, la paradoja y el autoengaño (ver Figura 2). Lo cual permite operar de manera creativa y a la vez sistemática, y utilizar con provecho los aportes de la experiencia empírica como fundamento de una estructura predictiva de intervención, guiada en su constitución por criterios lógico-epistemológicos evolucionados, en un permanente ciclo de retroacciones entre óptica operativa y óptica cognoscitiva que salvaguarda de la rigidez “autoinmunizadora” (Popper, 1988) y mantiene al modelo en continua evolución autocorrectiva (Nardone y Salvini, 2000; Nardone, Verbitz y Milanese 2002).

La lógica paraconsistente (Da Costa, 1989^a,1989b; Grana, 1990) y no alética, va más allá de la tradición lógica aristotélica del verdadero o falso y del principio de no contradicción.

Otro aspecto importante al que hace referencia Nardone es el de la persuasión, en el cual también está presente la lógica.

1.2.2 Modelos de persuasión

De acuerdo con Jerome Frank (1973), la psicoterapia se basa en procesos de persuasión implícita o explícita, que depende del enfoque teórico-aplicativo. En los últimos años, la mayoría de los autores concuerdan en que el objetivo de una psicoterapia es lograr que el paciente cambie su modo de percibir, elaborar, interpretar y comunicar la realidad (Simon, Stierling, Winne, 1985) de modo que se le traspase de una relación disfuncional con la realidad a una funcional. El recurso a tácticas de comunicación persuasoria y de influencia personal es visto como una competencia terapéutica útil y profesional.

Según Elster (1979), dos son las grandes escuelas modernas de retórica y persuasión: la que se remonta a Descartes, de matriz Aristotélica racionalista, y la que se remonta a Pascal, de naturaleza sofística y sugestiva (ver Figura 2). Podemos detectar estas dos escuelas de retórica de la persuasión también en el seno de los modelos de comunicación terapéutica, puesto que cualquier tipología de lenguaje tendente a producir cambios recurre a una

determinada retórica, por lo común coherente con sus supuestos teóricos relativos a las modalidades con que se producen los efectos deseados (Nardone y Watzlawick, 1999).

Descartes sostiene una posición retórica racionalista que basa el proceso persuasorio en una demostración intelectual racional. En otras palabras, la argumentación y la demostración racional, basada en la lógica aristotélica del verdadero o falso, del “tercero excluido” y el principio de no contradicción. Se considera que, cuando la persona está en condiciones de conocer lo “verdadero”, evitar las contradicciones y ser coherente con estos presupuestos, ya ha llegado a su término el proceso persuasorio. Descartes añade, que el cambio del entendimiento debe seguir el cambio de la conducta y de las costumbres. Pero advierte también que, a veces, las costumbres están tan enraizadas, que son como un autómatas que llevamos dentro de nosotros mismos; para corregir y educar de nuevo al autómatas que llevamos dentro, debe insistirse en la vigilancia del entendimiento sobre la conducta hasta que, mediante la práctica de nuevos hábitos, se abandonen las viejas costumbres (Nardone y Watzlawick, 1999).

Pascal, en cambio, adopta una posición sugestiva no racionalista, y decididamente más pragmático que Descartes, dice:

“Cuando quiere reprender con utilidad y mostrar a otro que se equivoca, es menester fijarse por que lado enfoca este la cosa, porque ordinariamente es verdadera de ese lado, y conviene confesarle esta verdad, pero descubriéndole el lado en el que es falsa. Se contenta con eso, pues ve que no se equivocaba y que solamente le faltaba ver todo, pero no quiere haberse equivocado, y quizá esto provenga de que el hombre naturalmente no puede ver todo, y de que naturalmente no se puede equivocar en el especto que considera, pues las aprehensiones de los sentidos son siempre verdaderas. (Pascal, 1986. p. 215).

En psicoterapia, si se utilizan modelos de persuasión basados en posiciones retóricas cartesianas, tendremos psicoterapias racionalistas y demostrativas. Si, por el contrario, el modelo teórico usado es preferentemente sofista y pascaliano, tendremos psicoterapias imperativas y sugestivas. La diferencia entre ambos modelos, está en considerar, en el primer caso, que el cambio en efecto de un proceso persuasivo gradual basado en el aumento directo e indirecto de conciencia durante el tratamiento, definido como insigh (Nardone y Watzlawick, 1999).

En el segundo caso, por el contrario, la conciencia es el efecto sugestivo de las estratagemas retóricas está en inducir al sujeto a ponerlas en práctica, o bien a adherirse a ellas en el momento en que es obligado a hacerlas operativas. Esto acaba por inducirlo, mediante emociones o experiencias concretas, a verse a sí mismo y a ver el mundo con otros ojos, o bien

a nuevas maneras de pensar. Este es el caso de las terapias estratégicas. Artificios y estratagemas comunicativos constituyen la esencia retórica de este segundo tipo de terapia (Nardone y Watzlawick, 1999).

El enfoque estratégico, en el ámbito de comunicación, promueve el paso del lenguaje de la descripción –el lenguaje indicativo que explica y describe de forma digital las características de los objetos- al lenguaje de la inducción –un lenguaje de tipo preformativo y analógico que no describe sino prescribe, en el sentido de que su expresión es una acción que induce a la experiencia de una realidad- (Nardone, 1991). La comunicación cargada de sugestión se convierte en el vehículo fundamental para la inducción de prescripción de comportamiento que conduce al portador del problema a romper sus repetitivos y disfuncionales esquemas de acción (Fiorenza y Nardone, 2004).

La comunicación terapéutica, representada por un criterio autocorrectivo derivado de la dialéctica de la persuasión y la hipnoterapia ericksoniana, obliga al terapeuta a adaptar su propio lenguaje y lógica a los del paciente, asumiendo de este modo su “visión del mundo” (Nardone, Verbitz y Milanese 2002).

Sin embargo, por otro lado se encuentra la tradición pragmática y la filosofía de las estratagemas como clave para la solución de problemas que tienen una historia mucho más antigua. Las estrategias que todavía parecen modernas se pueden encontrar, por ejemplo, en las artes persuasivas de los Sofistas, en las prácticas antiguas del Budismo Zen, en las artes chinas de las estratagemas, también como en el antiguo arte griego de Metis.

1.2.2.1 Estratagemas

A continuación se explican las estratagemas (Nardone, 2004), utilizadas para los problemas conyugales.

Apagar el fuego añadiendo leña

Violando el sentido común, esta estratagema, hace notar que para apagar el fuego la solución más rápida es añadir leña hasta sofocarlo. Una vez comprendido esto, nos parece obvio y natural, pero hasta un momento antes nos parecía un modo de empeorar la situación: la lógica ordinaria nos habría impulsado a quitar leña. La lógica de la paradoja nos muestra

cómo verdadero y falso pueden superponerse e integrarse. Lo falso se convierte en verdadero, lo verdadero se vuelve falso. Lo que en apariencia conduce en una dirección, más allá de un determinado nivel produce su opuesto.

Una variante aplicativa muy útil es la de hacer voluntarias las reacciones espontáneas que queremos anular. Esto se relaciona con la prescripción del síntoma anteriormente mencionada. Otra aplicación, es cambiar el fastidioso comportamiento de una persona que nos critica o nos prueba continuamente por nuestros defectos. En esta situación, será suficiente agradecer cada vez a nuestro ofensor por la ayuda que nos está ofreciendo, pidiéndole que lo haga aún más, en nuestro propio interés. Generalmente, esta solicitud bloquea inmediatamente las críticas. La aplicación más extraordinaria de esta variante actúa en las relaciones de pareja, cuando uno de los dos critica o ataca verbalmente al otro. En este caso, se sugiere a la víctima que mire con dulzura a su pareja y exclame, sonriendo: ¡Ay, cariño, cuando haces eso me gustas aún más! ¡Me haces estremecer! Te lo ruego ¡Continúa! Si la tengo tomada con alguien y lo critico, no puedo aceptar que al sujeto le cause placer y, por tanto, estoy obligado a interrumpir mi ataque.

Surcar el mar a espaldas del cielo

Hacer algo que tiene evidentes efectos sin que nuestra acción sea advertida permite evitar las resistencias al cambio que queremos producir. Debemos desplazar la atención de los demás hacia detalles de nuestra actuación poco relevantes, pero distrayéndolos, mientras a sus espaldas se ponen en marcha las acciones importantes.

Esta estratagema se relaciona con las prescripciones indirectas, que utiliza la técnica del *desplazamiento del síntoma*. Esta estratagema resulta indicada para todas aquellas situaciones en las cuales afrontar directamente el obstáculo que se interpone entre nosotros y nuestro objetivo resulta ineficaz, peligroso o excesivamente costoso. El efecto mágico, está en anular las resistencias. Sólo después de haber producido el efecto, la estratagema se vuelve explícita.

Enturbiar las aguas para que floten los peces

Así como los peces no consiguen orientarse en las aguas turbulentas, los seres humanos se pierden en el desorden y la confusión, quedando privados de sus puntos de referencia. Y

precisamente como los peces buscan la luz saliendo a flote, los seres humanos acuden donde piensan que encontrarán una explicación que reordene la situación inaceptable de confusión y desorden. Pero a menudo huyen del fuego y acaban en las brasas, sobre todo cuando la confusión y el desorden son creados expresamente para inducirles a perder el control.

Esta estratagema tiene algo en común con “Mentir diciendo la verdad” o sea, la técnica de la confusión. Pero si en aquel caso se utiliza la confusión para luego decir la verdad deseada, en este, en cambio, se trata de producir desconcierto y pérdida del control en el adversario para inducirle a la rendición. La duda devora la mente e impulsa a luchar por su anulación. Pero de costumbre, la duda que es combatida genera otras dudas en una escalada formidable. El efecto es una especie de “trastorno obsesivo planificado” del cual la víctima quiere liberarse a toda costa. Este proceso, en la mayoría de los casos, tiene efectos devastadores. Si una persona es inteligente y, por tanto, firme en sus convicciones, es fácil hacerle cambiar de opinión de manera directa, pero si se insinúa en su mente una duda que crea desorden en su orden y confusión en su claridad, su tendencia a querer retomar el control le conduce de cabeza a la trampa. La espiral de la duda que genera duda toma vuelo y destruye la capacidad de reaccionar de manera positiva. El intento de reconquistar el control conduce al efecto contrario de perderlo cada vez más. Hasta que, para salir de este estado insoportable, se confía en las capacidades ajenas.

Esta variante de “Enturbiar las aguas para que floten los peces” es uno de los máximos niveles de estrategia, por que permite obtener lo máximo con el mínimo esfuerzo, o sea, vencer sin combatir.

Crear de la nada

“Todo lo que es creído existe”. Este aforismo indica el principio básico de la estratagema “Crear de la nada”, o sea, algo que no existe puede producir efectos concretos si es considerado existente. Creer en algo, - toda la historia del hombre nos lo enseña - induce a elegir y a actuar. El hombre no ama la incertidumbre y, por tanto, se aferra a las creencias y las vuelve verdaderas para crearse una base sólida en la que apoyarse. Esta estratagema se aprovecha de esta necesidad humana: se basa en el principio de hacer creer al adversario una realidad inventada que lo induce a reaccionar como desearíamos. Para obtener este resultado, nuestra mentira debe parecer más significativa que la verdad.

Nos guste o no, continuamente como artífices y víctimas de nuestros autoengaños. Aprender a utilizar estratégicamente esta tendencia nuestra significa transformarse en amos de ella en vez de siervos inocentes. Saber utilizar esta estratagema en relación a los demás significa decidir si usarla o no y por tanto, convertirse en efectivamente responsables, en lo bueno y en lo malo, de lo que nos ocurre.

Comportarse “*como si*” una cosa fuera verdadera, aunque no esté demostrado que lo sea, después de un tiempo, nos induce a considerarla como tal. Este principio está en la base de todos los rituales de plegaria, y es el principio operativo fundamental de los ritos iniciáticos de cualquier secta esotérica. La repetición del rito convierte la creencia en una verdad irrefutable. Las llamadas técnicas de lavado de cerebro y de manipulación recurren a la misma lógica. En efecto, para “*descondicionar*” una mente manipulada se necesita un procedimiento isomorfo en la dirección contraria.

1.3 INVESTIGACIÓN-ACCIÓN

La metodología de la investigación-acción (ver Figura 3), es igual a la utilizada por Kurt Lewin, en el ámbito de la psicología social, que ha definido como action-research (“investigación-acción”)¹ o sea, una investigación que estudia el fenómeno en su ámbito de manera empírica y experimental, provocando cambios en los eventos y observando sus efectos. En la misma línea se encuentra, la epistemología cibernética-constructivista moderna, tal como ha sido eficazmente formulada por Von Foerster (1990) en su imperativo estético – “si quieres ver, aprende a actuar”- y Von Glasersfeld (1981) –“el hombre sólo puede conocer lo que él mismo hace” y también “actuar genera conocimiento” (Nardone, Verbitz y Milanese 2002).

¹ “Investigación-acción” es un término utilizado por Kurt Lewin (1951), con el que se refiere a un análisis comparado de las condiciones y efectos de las acciones sociales que promueven más acción social. La Investigación-acción tiene una larga historia, que retrocede a los intentos de los científicos sociales para ayudar a resolver problemas prácticos en situaciones de guerra tanto en Europa como América. En los últimos diez años, ha habido un resurgimiento interesante, y muchos desarrollos tanto en la teoría como en la práctica. Los más nuevos enfoques a la investigación-acción ponen el énfasis en una integración total de la acción y la reflexión y en el incremento de la colaboración entre todos los involucrados en el proyecto de investigación.

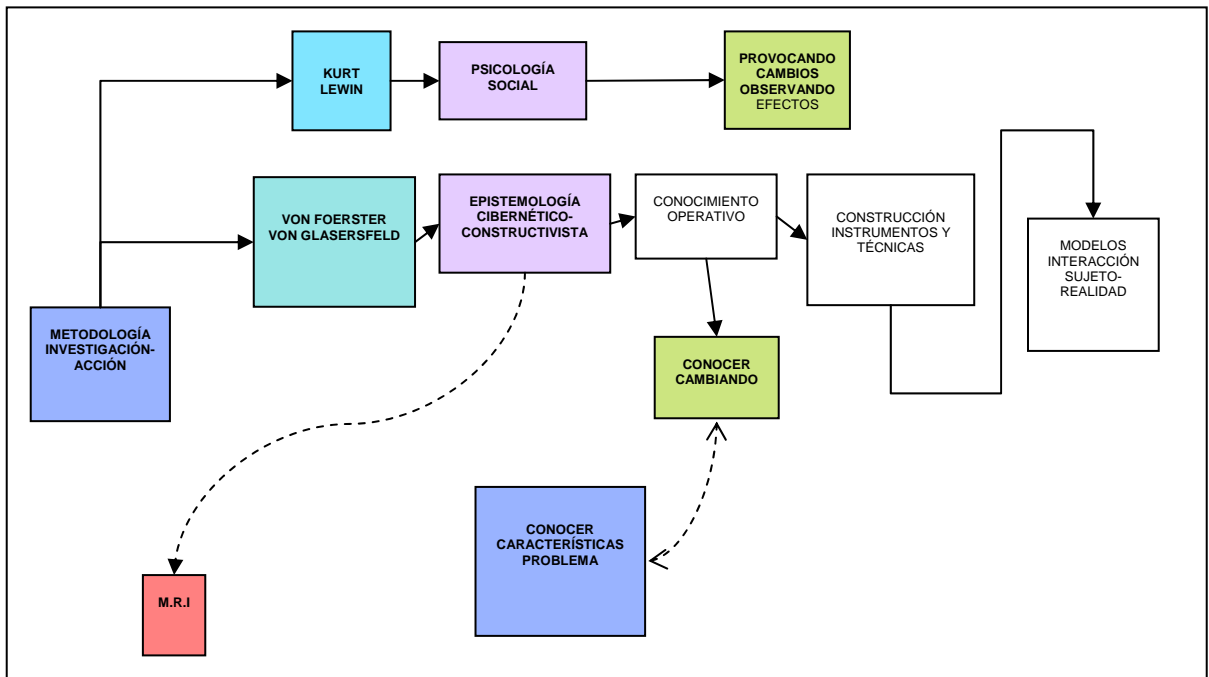


Figura 3: Esta figura muestra la metodología de la investigación-acción en su nivel teórico epistemológico. Por un lado está Kurt Lewin en la psicología social, y en la misma línea están Von Foerster y Von Glasersfeld en la epistemología cibernético-constructivista. El resultado de la investigación-acción es un conocimiento operativo que implica conocer un problema mediante su solución.

Este tipo de investigación-acción, ha permitido conocer mejor la realidad en la que se estaba interviniendo, “el sistema perceptivo reactivo” (Nardone, 1997). La situación clínica resulta un particular y parcial punto de observación respecto a una realidad. Lo que cabe esperar, en el mejor de los casos, como resultado del estudio, investigación y experimentación en el seno de este concreto y parcial contexto, es un mero conocimiento operativo, que Von Glasersfeld definiría como “conciencia operativa”. Así pues, los constructos teórico-prácticos no deben ser considerados teorías cognoscitivas que pretendan describir, sino solamente conocimientos y constructos tecnológicos, es decir, modelizaciones cognoscitivas que permitan diseñar instrumentos y técnicas cada vez más eficaces para solucionar los problemas a los que se aplican, o para alcanzar los objetivos propuestos. Por otra parte, como afirmaba Bateson (1979) en perfecta sintonía con la moderna filosofía de la ciencia (Popper, 1988, 1985), el deber de la ciencia no es construir castillos teóricos perfectos, sino diseñar eficaces técnicas de intervención basadas en los objetivos propuestos. Es un estudio focalizado únicamente sobre el diseño de eficaces y eficientes estrategias adecuadas a los problemas que presentan los pacientes, paradójicamente es una gran virtud, porque representan un criterio de cientifismo y de corrección epistemológica (Nardone, 1997).

Según esta manera de investigar, para conocer cómo funciona un problema, la observación externa no basta, es necesario intervenir para cambiar el funcionamiento (ver Figura 4). De hecho, sólo el modo en que el sistema reaccionará a la introducción de una variable de cambio desvelará el funcionamiento precedente. Por lo que la premisa básica de este tipo de investigación es “conocer cambiando” (Nardone, Verbitz y Milanese 2002).

A partir de aquí se afirma que es posible conocer una realidad interviniendo en ella: a partir del momento en el que la única variable indagatoria controlada es la estrategia, o bien, la “solución ensayada” por el terapeuta, la cual si funciona permite comprender cómo el problema podía persistir y cómo se agravaba. La investigación-acción fundamenta su lógica en la formula “conocer un problema mediante su solución” (Nardone, 1997), o sea, conocer una realidad a través de las estrategias que pueden cambiarla.

En la investigación en el ámbito clínico, una estrategia de solución que funciona, repetida con un amplio patrón de sujetos que presentan el mismo tipo de trastornos, nos permite desvelar el modelo de funcionamiento del trastorno mismo (Nardone, Verbitz y Milanese 2002).

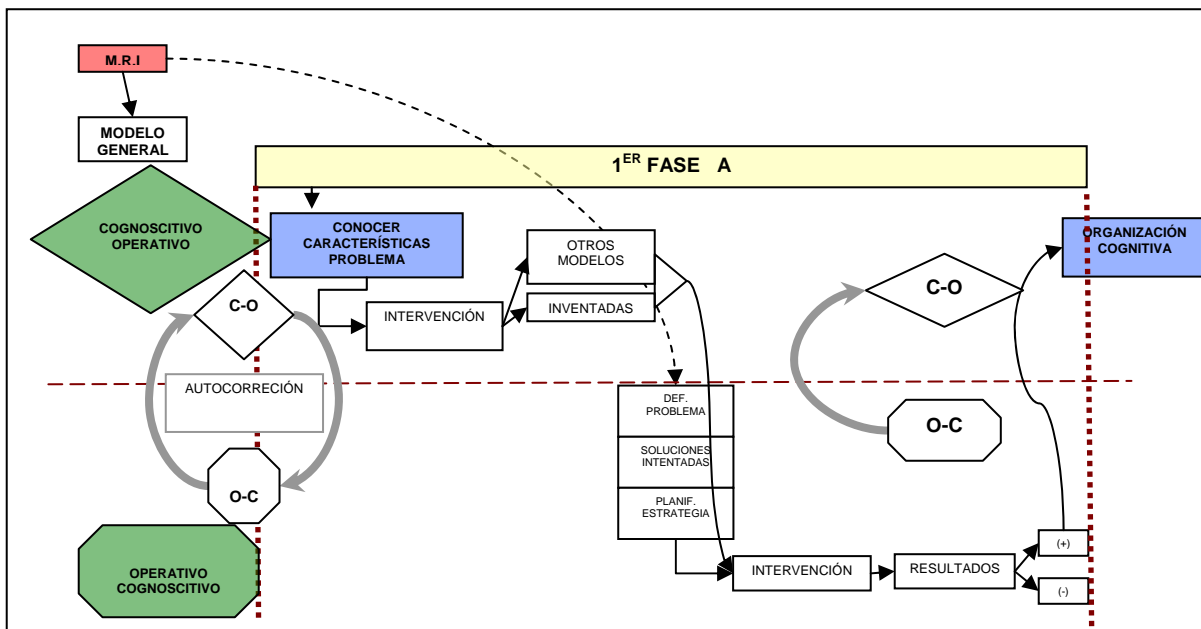


Figura 4: Esta figura muestra la primera fase de construcción de protocolos, que consiste en conocer las características del problema. Esta fase reside en aplicar las primeras intervenciones, en el nivel operativo-cognoscitivo, utilizando el modelo general del M.R.I. Posteriormente, las intervenciones son analizadas en el nivel cognoscitivo-operativo, seleccionando las que resulten ser efectivas para la resolución del problema. Este es el primer proceso autocorrectivo.

Los datos recogidos permiten formular un modelo cognoscitivo y operativo en relación con la formación, persistencia y cambio resolutivo de las tipologías de dicho trastorno. Esto significa que un trabajo clínico orientado a la rápida y efectiva solución de los problemas presentados por el paciente ha permitido reunir informaciones que han conducido a nuevas perspectivas cognoscitivas respecto a los problemas que se estaban tratando (ver Figura 4)(Nardone, 1997).

Los criterios observados utilizados durante las investigaciones para la puesta a punto de estrategias terapéuticas, se basan en una perspectiva operativa. El objetivo de quien se aplica a resolver un problema es la puesta a punto de conocimientos operativos (Pagliaro, 1995; Watzlawick, 1990; Nardone, 1994). Desde una óptica operativa, el descubrimiento de los modelos de persistencia se realiza a través de la puesta en práctica de soluciones capaces de garantizar una eficacia cada vez mayor en la intervención (ver Figura 5) (Nardone, Verbitz y Milanese 2002).

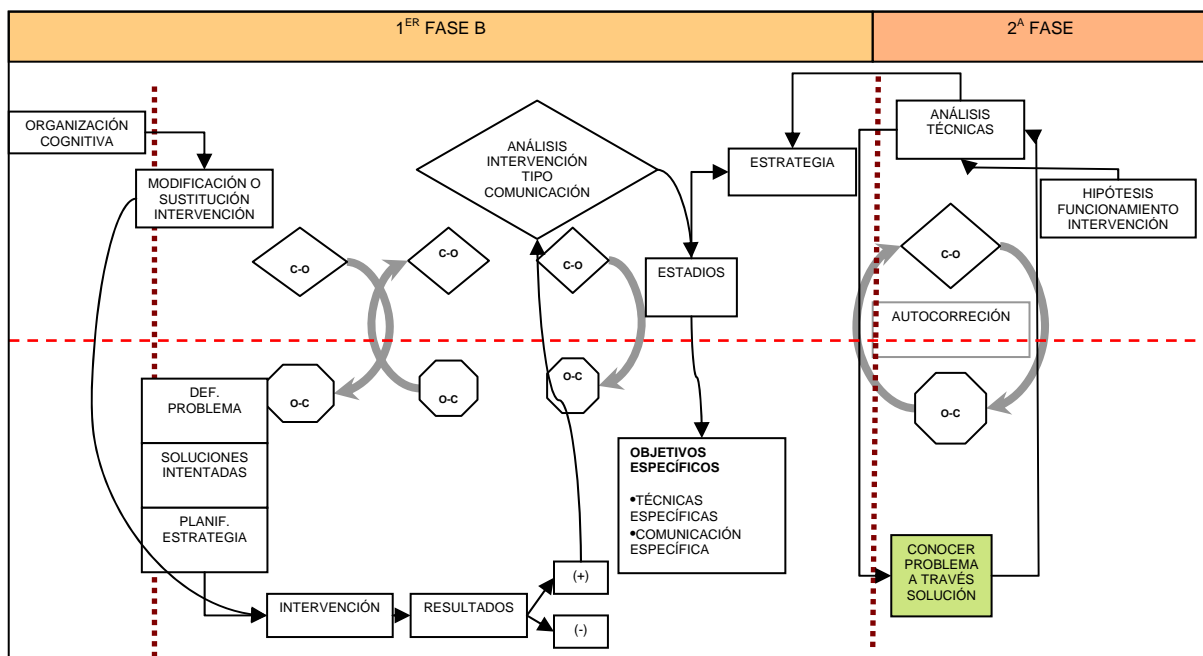


Figura 5: Esta figura muestra el proceso autocorrectivo que va del nivel cognoscitivo-operativo (C-O)(análisis de las intervenciones antes aplicadas) al nivel operativo-cognoscitivo (O-C), que implica nuevamente la aplicación de las intervenciones, ya puestas a punto, seleccionando las que producen cambios (C-O), para el diseño de una estrategia, formulando hipótesis (en la última fase de la construcción del protocolo) sobre el funcionamiento del problema.

La investigación aplicada (Nardone y Watzlawick, 1992; Nardone, 1997; Fiorenza y Nardone, 2004) ha revelado toda una serie de modelos de rígida interacción entre sujeto y realidad. Estos modelos constituyen tipologías específicas de trastornos psicológicos que se

apoyan en reiterativos intentos de solución disfuncionales que acaban agravando los problemas que deberían resolver (Nardone y Watzlawick, 1999; Nardone, Verbitz y Milanese 2002).

El conocer un problema mediante su solución, ha conducido a la construcción de un modelo de psicoterapia que permite la rápida y efectiva solución de los problemas. Y el método de la investigación-acción, ha resultado ser instrumento de conocimiento, de los trastornos (Nardone, 1997).

Para hacer que el método “conocer cambiando” resulte más claro, podemos aprovechar de la similitud que éste tiene con el ajedrez, en el que cada jugador descubre la estrategia de su adversario a través de los movimientos que éste realiza en respuesta a sus movimientos. Pero el jugador tendrá un conocimiento concreto de la estrategia de su adversario sólo cuando haya concluido la partida, o mejor dicho cuando la haya ganado, ya que es la estrategia que el jugador ha adoptado la que, al funcionar, hace que el juego del adversario quede al descubierto. Eso le permitirá, en las próximas partidas, tener a su disposición una estrategia que ya ha sido experimentada con éxito y, por consiguiente, llegar al jaque mate con mayor facilidad y sin la necesidad de hacer tantos movimientos (Nardone, Verbitz y Milanese 2002).

En lo que se refiere al estudio de una patología psicológica, es posible obrar de la misma manera: se abre el juego terapéutico con maniobras mínimas, aunque ya capaces de introducir un primer efecto retroactivo. Después, a medida que se avanza, se ajusta la estrategia en base a las respuestas del paciente, tratando de conducirlo hacia una mutación de las modalidades perceptivas, emotivas y conductuales que agravan la patología (Nardone, Verbitz y Milanese 2002).

La misma estrategia, con la debida adaptación a la situación particular, personal y contextual del paciente, puede aplicarse a las patologías isomorfas y a las tipologías para la cual ha sido construida, para aumentar así la eficacia de la intervención terapéutica. Así pues, una intervención de ese tipo no se basará en la creatividad artística del terapeuta, sino principalmente en una estrategia que ha demostrado ser predictiva en sus efectos (ver Figura 5) (Nardone, Verbitz y Milanese 2002).

1.3.1 Metodología para generar protocolos de tratamiento

La metodología de base de la investigación-acción (Nardone y Watzlawick, 1992; Nardone, 1995, 1996, 1997), es la misma que utilizan las ciencias avanzadas, como la física o la biología, considerando nuestro contexto esta construcción tendrá tres fases.

Estructura del método de construcción de protocolos:

Primera fase: estudiar las características de un problema o de una clase de problemas.

Segunda fase: destacar las soluciones ya intentadas para resolverlo.

Tercera fase: cambiar las soluciones disfuncionales, que en vez de resolver el problema lo alimentan, por otras experimentadas capaces de producir los efectos deseados.

Para no caer en las formas de error lógico y metodológico, en la construcción de modelos de intervención clínica debe diferenciar bien los niveles lógicos:

- a) de la teoría epistemológica,
- b) de la estrategia o modelo, y
- c) de la maniobra o técnica terapéutica particular.

Teniendo, en cuenta que, según sea el nivel lógico que se tome en consideración, cambia la perspectiva que debe asumirse, puesto que:

En el nivel (a), la perspectiva que debe asumirse es de tipo cognoscitivo-teórico;

En el nivel (b), es de tipo cognoscitivo-operativo, y

En el nivel (c), de tipo operativo-cognoscitivo.

Todo esto permite operar de una manera a la vez creativa y sistemática, utilizando provechosamente las aportaciones de la experiencia empírica como fundamento de una estructura predictiva de intervención, guiada en su constitución por criterios lógico-epistemológicos avanzados, en una constante circularidad de retroacciones entre óptica operativa y óptica cognoscitiva (Salvini, 1995), que protege de rigideces autoinmunizantes (Popper, 1985) y mantiene el modelo en constante evolución autocorrectiva.

Los teóricos de la psicoterapia confunden con mucha frecuencia los diversos niveles lógicos (Whithead y Rusell, 1910-1913) de análisis de un fenómeno y de construcción de un modelo de intervención, hasta tal punto que confunden la epistemología con la lógica de construcción de modelos clínicos.

Como afirma Von Glasersfeld, uno de los principales teóricos constructivistas, “no debe sorprender que *los modelos de resolución de problemas* tomen por real la situación

experiencial problemática a la que se está enfrentando. Su tarea es de tipo técnico, y se funda en áreas específicas y determinadas de la experiencia, y su capacidad de resolver el problema no se incrementa con consideraciones epistemológicas. Sólo cuando ha resuelto el problema, podrá asumir una actitud filosófica llegando a definir su estrategia de solución como un instrumento para la organización y la comprensión de la experiencia más que como una representación de la realidad” (Von Glasersfeld, 1995).

Todo esto quiere decir que el paso del nivel lógico de la epistemología al de la práctica ha de prever un nivel intermedio representado por la lógica, esto es, un método para la construcción de modelos Específicos de Intervención, como pasa por lo demás en cualquier ciencia aplicada. En otros términos, se conoce un problema a través de su solución (Nardone, 1997), y ese conocimiento operativo puede luego ser utilizado tanto en el plano lógico de la epistemología como en el plano lógico de la estructuración de estrategias de intervención.

Entonces, la perspectiva que se asume en calidad de investigadores empírico-experimentales en el campo clínico es, en primera instancia, de tipo operativo-cognoscitivo; lo cual implica conocer un problema mediante su solución. En un segundo momento es cognoscitivo-operativo, y esto implica diseñar una intervención específica para las características del problema (Nardone y Watzlawick, 1999).

Esta manera de proceder con la terapia conduce además a un conocimiento avanzado con respecto a esas patologías específicas que a su vez nos llevarán a ulteriores mejoras de las estrategias de solución. Una especie de espiral evolutiva que se nutre de la interacción entre la intervención empírica y la reflexión epistemológica, y que se expresa en la construcción de lógicas de acción específicas y/o innovadoras (Watzlawick y Nardone, 2000).

A partir de estas formulaciones, se ha intentado pasar de una teoría general sobre la formación y la solución de los problemas (Watzlawick, Weakland y Fisch, 2003) a una formulación específica (Nardone, Verbitz y Milanese 2002).

El modelo de terapia breve formulado por los investigadores del Mental Research Institute (M.R.I) de Palo Alto se basaba esencialmente en intervenciones focales destinadas a romper la secuencia interactiva redundante entre las soluciones ensayadas puestas en práctica por los pacientes y la persistencia de sus problemas. Este criterio terapéutico describía la intervención desde un punto de vista general, en términos aplicables a problemas de distinta índole y a contextos diferentes (Nardone, Verbitz y Milanese 2002).

Y en este sentido, Nardone ha intentado que la terapia evolucione, a partir del modelo general (M.R.I) y tomando en cuenta las variantes de las diferentes escuelas, hacia modelos

específicos de intervención, contruidos *ad hoc* para tipologías particulares de problemas. El paso hay que darlo de modelos de *resolución de problemas*, que construyen la intervención particular basados en modelos lógicos dominantes teórico-epistemológicos y cognoscitivo-operativos, a modelos terapéuticos contruidos prioritariamente según el modelo operativo-cognoscitivo, que luego, tras la debida verificación empírica, se convierten en modelos de tipo cognoscitivo-operativos. Se invierte el procedimiento de construcción de modelos, dando preferencia en primer lugar a la lógica constitutivo-deductiva para luego pasar a la lógica hipotético-deductiva, con la intención de hacer encajar literalmente la intervención con el problema.

Un protocolo de tratamiento representa pues un modelo de *resolución de problemas* contruido *ad hoc* por esquemas redundantes a nivel de estructura del problema, que sin embargo necesita siempre ser adaptado a la unicidad de cada persona y contexto (Nardone, 2002^a).

Para salvaguardar la unicidad del individuo, los protocolos deben tener efectivamente principios de autocorrección, es decir, prever eventuales variantes. Un protocolo no está constituido por una secuencia rígida de iniciativas, sino que deja abierta diferentes posibilidades operativas según las respuestas del interlocutor (Nardone, Verbitz y Milanese 2002).

De esta manera la terapia se configura como un proceso de *resolución de problemas* estratégico, dentro del cual el terapeuta intenta prever las posibles reacciones del paciente a cada maniobra, planificando posibles variantes tácticas o técnicas a la estrategia inicial en base a los efectos puestos en evidencia (Nardone y Salvini, 2000). Los protocolos de tratamiento resultan predictivos, o sea, capaces de anticipar las posibles evoluciones de la interacción terapéutica, determinando una continua y constante autocorrección del modelo de intervención según los efectos registrados en cada fase. La terapia se convierte así en una praxis empírico-experimental dentro de la cual es posible medir no sólo la eficacia final, sino también la eficacia del proceso en cada una de sus etapas (ver Figura 6) (Nardone, Verbitz y Milanese 2002).

Al contemplar los principios autocorrectivos relativos a cada iniciativa y fase de la intervención, la terapia estratégica se configura como un proceso de investigación sistemática caracterizada por las fases de descubrimiento y sucesivas fases de organización cognitiva, y no

ya como un proceso de convalidación de una teoría *a priori* (Nardone, Verbitz y Milanese 2002).

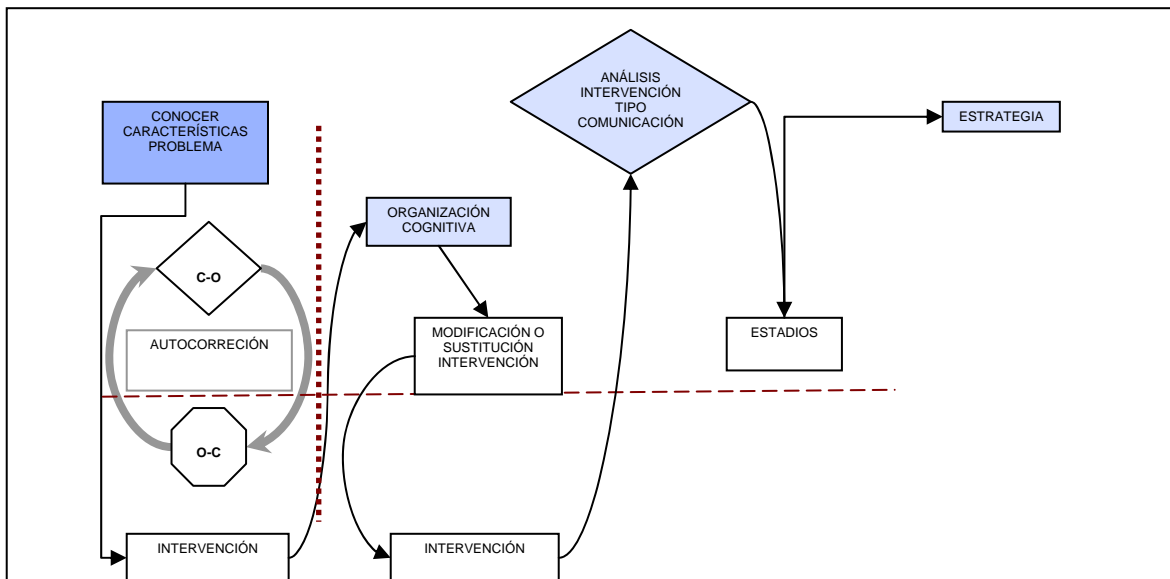


Figura 6: Esta figura muestra los procesos de autocorrección entre el nivel cognoscitivo-operativo y el nivel operativo-cognoscitivo, esto permite la formulación de hipótesis sobre el funcionamiento del problema, lo que hace que la terapia sea un proceso predictivo.

Todo esto hace que la aplicación de cada protocolo, en cada caso, sea algo único e irrepetible, aunque el protocolo en su estructura permanezca invariado. Pese a que permanezcan inmutables, la estrategia utilizada y las “habituales soluciones ensayadas” que mantienen el problema al nivel de una misma tipología de trastorno, la comunicación y el tipo de relación terapéutica cambian de vez en cuando, por lo que se adaptan y encajan con la originalidad de cada sistema humano y su contexto situacional (Nardone, Verbitz y Milanese 2002).

Los protocolos de intervención están constituidos por una secuencia planificada de procedimientos técnicos capaces de adaptarse y corregirse según la evaluación de la intervención (Fiorenza y Nardone, 2004). De este modo la acción terapéutica presenta una sistemática y un rigor en términos de estructura, pero también flexibilidad y estabilidad en lo relativo a la aplicación directa (Nardone, Verbitz y Milanese 2002).

1.3.1.1 *Intervención*

La intervención terapéutica está representada por el desplazamiento del punto de observación del sujeto, desde su rígida y disfuncional posición perceptivo-reactiva a una nueva perspectiva elástica, no rígida y con más posibilidades perceptivo-reactivas. El cambio de perspectiva produce un cambio en la percepción de la realidad que cambia la realidad misma, determinando, como consecuencia, el cambio de toda la situación y de las reacciones a ella. Puede parecer extraño y paradójico pero, a menudo, los esfuerzos por cambiar no hacen más que mantener inmutable la situación, o por lo menos reforzarla en su problematicidad (Nardone y Watzlawick, 1992).

El objetivo de una intervención estratégica consiste, por consiguiente, en interrumpir ese círculo vicioso que se ha creado entre las soluciones ensayadas y la persistencia del problema. A través de maniobras específicas capaces de subvertir el equilibrio patógeno del sistema, dicha intervención se propone alentar cambios en las modalidades con las que las personas han construido realidades privadas disfuncionales; es decir, en la organización relacional, cognitiva y emotiva subyacente a sus trastornos: de modo que, para resolver un problema, hay que entender cómo funciona el sistema de percepción y reacción respecto a la realidad en el *hit et nunc*, en la situación actual de la persona, en vez de remontarse a las causas pasadas que lo han producido. O bien habrá que intentar entender “cómo funciona” ese problema y no “por qué existe”. En este sentido, se pasa de un saber basado en el “por qué” a un saber basado en el “cómo” y, por consiguiente, de una investigación sobre las causas de un problema a la identificación de sus modalidades de persistencia. Todo esto permite hacer avanzar el tratamiento de un proceso lento y gradual hacia intervenciones más rápidas y eficaces (Nardone, Verbitz y Milanese 2002).

En otras palabras, la intervención estratégica está representada por las maniobras orientadas a romper el mecanismo autopoyético que se ha establecido entre las soluciones intentadas y la persistencia del problema. Estas intervenciones se expresan, la mayoría de las veces, en prescripciones directas de comportamiento que han de realizar las personas implicadas en el problema, a veces la persona individual portadora del problema, otras veces por más personas implicadas en el problema, y otras veces por personas aparentemente laterales al problema.

La característica fundamental del enfoque sistémico es el de adaptar siempre la solución al problema y no al revés. Lo que hay que destacar es que cuando se pone a punto la intervención estratégica se estudia lo que podría ser el tipo de intervención capaz de romper, de la manera más efectiva y en el tiempo más rápido posible, el círculo vicioso que mantiene el problema. Sin embargo, si esta intervención no logra resultados en tiempo breve, a de modificarse o sustituirse por intervenciones que serán fruto de las informaciones que se derivan del fracaso de la primera intervención.

El error puede ser útil para centrar mejor el objetivo (la propiedad autocorrectiva de una intervención se basa siempre en que si los hechos no concuerdan con la teoría, ésta ha de discutirse y volverse a negociar, y cambiarse la intervención). La otra característica fundamental de una intervención estratégica es que para evitar la resistencia al cambio, que es una característica esencial de cualquier sistema, mínimo o complejo, las primeras maniobras han de ser algo aparentemente mínimo, algo que no alerte al sistema, pero que parezca una pequeñísima y banal intervención, que, sin embargo, tenga la propiedad de activar una reacción en cadena que trastorne todo el equilibrio del sistema (Fiorenza y Nardone, 2004). De la teoría de los sistemas, en efecto, deriva la noción según la cual en el interior de un sistema complejo basta alterar un mínimo componente para que se active una subversiva reacción en cadena.

El primer paso para operar estratégicamente es definir claramente los objetivos a alcanzar. Una vez aclarado esto se procede a la definición del problema y a las hipótesis sobre su funcionamiento mediante la observación de las soluciones intentadas. Cuando se trabaja con una óptica estratégica, el pasado o la historia de un problema es útil únicamente para conocer lo que la persona o las personas implicadas han intentado hacer para conseguir resolverlo (todo aquello que mantiene el problema en lugar de resolverlo). El foco de atención está sobre cómo un problema persiste en el presente y no sobre cómo se ha formado desde el pasado hasta el presente. Lo que ha de interesar es cómo funciona un problema, cómo se autoalimenta y cómo se reverbera en el presente. Por lo tanto, el operador, que se dispone a poner a punto la intervención, necesitará de un mínimo de información relativa al pasado y una gran atención en las secuencias interactivas que el problema expresa (Fiorenza y Nardone, 2004).

Una vez que haya valorado atentamente esto, su atención se concentrará sobre lo que la persona portadora del problema, y las personas entorno a ella, han intentado hacer para resolverlo. Recogidas estas informaciones, el operador estará en posición de poder elaborar las

formas de intervención más adecuadas al tener ahora un cuadro dinámico e interactivo del problema particular. En este punto, libre de tener que diagnosticar, y, por tanto, de tener que buscar la etiqueta patológica relacionada, se preguntará sobre la funcionalidad del problema en aquel contexto específico. La consideración de fondo es que un problema, sea cual sea, individual o de grupo, es algo que tiene que ver siempre con la relación que la persona tiene consigo misma, con los demás y con el mundo (Fiorenza y Nardone, 2004).

Lo que es importante es saber que si una sola de estas tres categorías no funciona bien, tampoco las otras consiguen funcionar plenamente. De hecho, las tres áreas de relaciones, componentes necesarios de la existencia de cada persona, interactúan y se influyen mutuamente, en una forma circular de interdependencia (Nardone y Watzlawick, 1992). Por lo tanto, después de haber respondido a las preguntas relativas a la posible utilidad del problema habrá que intentar comprender en cual de las áreas de interacción es más ventajoso intervenir para desbloquear la situación problemática.

Considerando que a veces es más eficiente intervenir indirecta que directamente, o que a veces la intervención ha de disimularse con particulares formas veladas capaces de evitar la resistencia al cambio. Una vez cumplida esta primera fase de diagnóstico-intervención se pondrá a punto una serie de posibles soluciones. Después de lo cual se comenzará aplicando la que parece más idónea, registrando sus efectos. Sobre la base de los efectos producidos se decidirá cómo hacer evolucionar la maniobra, si modificar la primera intervención o cambiarla totalmente por otra (Fiorenza y Nardone, 2004).

Las tres categorías de una intervención, fundamentales para su programación, son:

- Los objetivos a alcanzar,
- Las estrategias y técnicas a aplicar y
- La comunicación a utilizar.

Las prescripciones de comportamiento utilizadas, de acuerdo con Nardone y Watzlawick (1992), se pueden categorizar en: 1) *directas*; 2) *indirectas*; 3) *paradójicas*.

Prescripciones directas

Son aquella clase de indicaciones directas y claras de actuaciones que hay que hacer y que tienden a la resolución del problema presentado o al logro de uno de los progresivos objetivos del cambio. Este tipo de intervención es útil cuando se trata de personas muy colaboradoras y que oponen escasa resistencia al cambio, para las que resulta suficiente darles

la clave de la resolución del problema, prescribiéndoles la manera de comportarse frente a la situación problemática para que logre desactivar los mecanismos que la mantienen operante.

La otra función habitual de las prescripciones directas es la de consolidar, en la fase siguiente a la ruptura del sistema disfuncional que domina el problema, mediante acciones consientes progresivas, la capacidad del paciente de hacer frente con éxito a las situaciones antes problemáticas. A tal fin se prescribe directamente y explícitamente al sujeto la tarea que hay que hacer, y se le explica el programa progresivo de prescripciones directas.

Prescripciones indirectas

Son aquellas imposiciones de comportamiento que enmascaran su verdadero objetivo. Es decir, mediante ellas se prescribe hacer algo con el fin de producir otra cosa distinta de lo que se ha declarado o prescrito. Este tipo de prescripciones utiliza la técnica hipnótica del *desplazamiento del síntoma*: por lo general, se atrae la atención del paciente hacia alguna otra cosa problemática que reduzca la intensidad del problema presentado. Esto se relaciona con la estratagema de Surcar el mar a espaldas del cielo.

La atención se ha desplazado del síntoma a la tarea, produciendo la neutralización de la manifestación problemática mediante un conflicto benéfico. Pero lo más importante es que se ha demostrado, a través de una experiencia concreta, que él es capaz de controlar y anular su síntoma.

Estas intervenciones, debido a su propiedad de evitar la resistencia al cambio en cuanto llevan a las personas a hacer algo sin que, mientras lo hacen, se den cuenta de ello, desempeñando un papel fundamental en la primera fase de un tratamiento estratégico. Permite una rápida y eficaz ruptura de la situación de acciones y retracciones disfuncionales.

Prescripciones paradójicas

Las prescripciones paradójicas, igual que las indirectas, poseen un gran poder de evitación de la resistencia y por ello son de gran utilidad en la fase prioritaria de ruptura del sistema que controla el problema.

Para que las prescripciones, en todas sus formas, puedan ponerse en práctica y resulten eficaces, se requiere estudiarlas atentamente y presentarlas al paciente como verdaderos y auténticos imperativos hipnóticos, recurriendo a las técnicas de comunicación terapéutica.

Las prescripciones deben ser impuestas en un lenguaje pausado y medido, repitiendo varias veces el imperativo, y han de presentarse al paciente en los últimos momentos de la sesión.

Es importante detenerse en este aspecto relativo al tipo de comunicación específica de un modelo de *resolución de problemas* estratégico. Ya que un componente fundamental de la intervención estratégica es precisamente el tipo de lenguaje y comunicación que le es propia, pues requieren la utilización de un lenguaje sugestivo capaz de inducir a las personas a cambiar sus modelos de comportamiento, evitando la usual resistencia al cambio.

1.3.1.2 Estrategia

Las estrategias, son el producto de un atento estudio de las características específicas de persistencia de formas concretas de patología, de sus soluciones más efectivas, en términos de tácticas específicas y maniobras particulares, y de las formas de comunicación terapéutica más idóneas a cada técnica y a cada fase de la terapia (Nardone y Watzlawick, 1999).

La estrategia, compuesta de tácticas y maniobras específicas, permanece invariable para los casos que presentan la misma tipología de trastorno con las acostumbradas soluciones intentadas que mantiene el problema; lo que cambia para cada caso singular es la comunicación y el tipo de relación terapéutica, que debe adaptarse y ajustarse a la originalidad e irrepetibilidad de cada sistema individual humano y a su contexto situacional. La estrategia se adapta continuamente al problema y a los objetivos, sin ser influenciada por precedentes teorías deterministas (Nardone y Salvini, 2000).

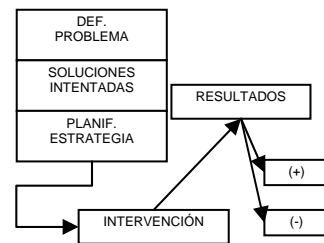
Desde la óptica estratégica, los problemas humanos pueden resolverse mediante estrategias focales que rompen el sistema circular de reacciones que mantiene operante el problema. De ésta ruptura, de un equilibrio disfuncional, habrá de derivar el cambio en el comportamiento y en las concepciones del sujeto, enjaulado en una situación problemática. Esto es así por que el cambio depende de la modificación del sistema perceptivo-reactivo, o un punto de vista de observación de la realidad mantenido activo por las soluciones intentadas puestas en práctica por el mismo sujeto que quiere resolver su situación de malestar (Nardone y Watzlawick, 1992).

RESULTADOS

En esta parte del trabajo se explican los resultados obtenidos de la primera aproximación de la construcción del protocolo, que son: las características de los problemas conyugales presentados, los intentos de solución, las primeras intervenciones y el análisis de estas últimas. Las intervenciones se hicieron siguiendo el enfoque del Mental Research Institute (M.R.I), utilizando sus tipos de más de lo mismo y sus prescripciones. El Modelo de Tratamiento estructurado para el trabajo terapéutico del M.R.I, consta de preguntas muy específicas que se pueden contestar con un sí, un no o un no se. El Modelo se divide en: (ver Anexo 1).

Definir el problema

1. Definición del problema.
2. Definición de los objetivos.
3. Soluciones intentadas.
4. Definición de estrategias.



El procedimiento se llevó a cabo mediante la definición del problema, la definición de los objetivos, definición de las soluciones intentadas y la definición de las estrategias.

1. Definición del problema

Un primer e indispensable estadio para la construcción de la solución lo representa una clara y específica definición del problema a resolver. Con este objetivo es oportuno basarse en una descripción lo más concreta posible del fenómeno. Aquello que verdaderamente interesa es el funcionamiento concreto del problema en su proceso, en sus manifestaciones observables y en sus reglas (Keeney, 1991). Solamente procediendo de esta manera podrá comprenderse cómo el problema se mantiene y qué soluciones pueden ser funcionales para su resolución. Un problema bien especificado y bien definido se convierte en un problema solucionables. En la fase de definición del problema se realizaron una serie de preguntas dirigidas a obtener información concerniente al problema.

- A. *¿Qué se identifica como problema?* Con esta pregunta se tiende a obtener una definición genérica del problema, por ejemplo agresividad. Se acepta la

nominalización y se pasa enseguida a su especificación dinámica con las preguntas sucesivas.

- B. *¿Con que modalidad de comportamiento observable se manifiesta el problema?* Se intenta conocer el proceso que está detrás de la nominalización y también se hacen especificar las secuencias de comportamiento observables.
- C. *¿Cuándo suele manifestarse, con quién se manifiesta y con quién no se manifiesta?* Estas especificaciones ayudan a entender las dinámicas relacionales del problema y más precisamente a los actores involucrados, su importancia, y los efectos de sus acciones y reacciones. Esto será decisivamente útil para la construcción de las soluciones.
- D. *¿Dónde y en qué situaciones aparece?* Esta pregunta es la que nos sirve para dar las dimensiones de espacio y tiempo para completar el cuadro del problema.
- E. *¿Con qué frecuencia e intensidad se manifiesta?* La importancia de esta pregunta reside en que proporciona indicaciones sobre el hecho de que se pueda tratar de una momentánea dificultad en lugar de un verdadero problema, diferencia considerable.

Aquello que se observa generalmente al proceder de esta forma es que a menudo el operador se aclara a sí mismo el problema, tomando una nueva visión que le ayudará de inmediato a vivirlo de modo diferente y a buscar soluciones creativas y alternativas a las anteriores utilizadas.

2. Definición de los objetivos

Definir un objetivo significa ponerse una meta, un punto de llegada o de referencia, capaz de polarizar los propósitos, la conducta y los comportamientos de una o más personas en el ámbito de una actividad o de la resolución de un determinado problema definido anteriormente. Se formular objetivos con el fin de involucrar a la persona y canalizar sus actitudes y comportamientos en dirección a la meta, es una guía pragmática, una clase de recorrido trazado capaz de suministrar indicaciones detalladas, progresivas y factibles de controlar y verificar. En el contexto terapéutico, representa, además, una sugestión positiva a fin de potenciar y reforzar la colaboración y la confianza en el éxito terapéutico mismo, en cuanto establece duración y término (Nardone y Watzlawick, 1992).

Además de una clara formulación de los mismos objetivos, es oportuno trabajar sobre objetivos de cambio mínimo. Una presunción fundamental del pensamiento y de la práctica estratégica es la relativa a la idea de que el objetivo principal de la intervención no es el de

intentar resolver todas las dificultades o todos los problemas de forma definitiva, sino más bien poner en movimiento un proceso de cambio.

3. Definición de las soluciones intentadas

En esta fase se estudiaron atentamente todas las tentativas puestas en funcionamiento para intentar resolver el problema. Según el enfoque estratégico, son justamente estas tentativas las que contribuyen a la formación del problema. Parece útil en este punto, anticipando la definición de soluciones intentadas, aclarar lo que se quiere decir cuando se habla de dificultad y de problema, especificando que hablamos de dificultad cuando nos encontramos delante de un impedimento que hace penoso el alcance de una meta, o la ejecución de una obligación. El significado es relativo cuando la dificultad depende generalmente de las características individuales de las situaciones. Hablamos en cambio de problema cuando nos referimos a una situación específica que requiere una solución.

La fase de la investigación de las soluciones intentadas representa la fase esencial y central del enfoque estratégico. Esta fase sirve para comprender cómo se ha formado el problema y sobre qué interacciones se mantiene. Se puede afirmar que: “cualquier comportamiento, considerado normal o causa del problema, existe y se mantiene por los refuerzos que llegan del sistema de interacciones sociales o del individuo mismo” (Fisch, Weakland y Segal, 1984).

El análisis, en esta fase, se detendrá sobre qué cosas se han hecho para responder al problema, quién lo ha hecho y con qué intensidad y modalidad. De esta forma, además de entender lo que no funciona como solución se evita también repetirlo. De manera específica se buscará determinar cual es la solución fundamental y redundante utilizada por el que busca resolver el problema y se intervendrá directamente sobre ella, con el objetivo de alterarla.

4. Definición de las estrategias

Una estrategia representa un conjunto de tácticas y maniobras ordenadas con el fin de alcanzar el objetivo prefijado.

El objetivo de una estrategia es:

- 1) hacer que se suspendan las soluciones intentadas hasta aquel momento que en vez de resolver mantienen con vida el problema;
- 2) introducir cambios de comportamiento (que puedan desbloquear la situación), dentro de las interacciones en las que el problema se manifiesta.

Una estrategia, por tanto, no es algo que nace para permanecer inmutable, sino al contrario, se reajusta progresivamente para llegar a un alto grado de precisión, eficacia y eficiencia.

La estrategia sirve como guía general para la construcción de las tácticas específicas para casos individuales que son únicos e irrepetibles. Los presupuestos que se necesita tener en consideración cuando se interviene en el tratamiento de problemas de comportamiento, cuando se trabaja en la solución de problemas son:

- a. ***Las estrategias y las técnicas deben adaptarse al problema presentado y a la persona que manifiesta la dificultad.*** Ante un problema específico y en la elección de la estrategia para el tratamiento, se recurre a aquellas que han tenido éxito y producen resultados en casos análogos, pero basándose en el contexto diferente, en las peculiaridades del problema, y no sólo en las características determinadas de la persona que presenta la dificultad, y se presta atención en adaptar la estrategia preparándola *ad hoc* para el caso.

Según lo específico de cada caso, se adaptó la estrategia escogida para tratar la dificultad, experimentando y observando las retroacciones producidas. Sobre la base de estas observaciones se decidirá si continuar con aquella estrategia, si reajustarla posteriormente, o bien abandonarla para pasar a otra.

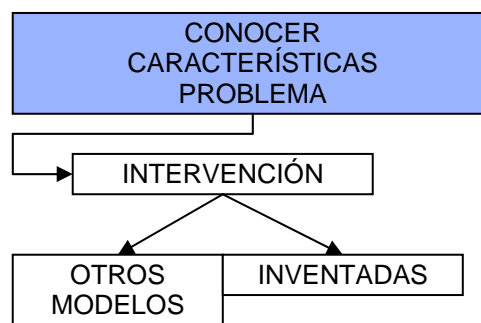
- b. ***Delante de escasos resultados se debe cambiar la estrategia.*** La estrategia, si se aplica adecuadamente, debe traer efectos enseguida. Si esto no ocurre, entonces se necesita saber si proviene de la aplicación de la estrategia (comunicación y sugestión), o bien si, en este caso, es preferible optar por otra estrategia porque la aplicación resulta poco eficaz.

Lo que hay que evitar necesariamente, para no caer en las soluciones intentadas, es continuar actuando del mismo modo cuando se advierte que las cosas continúan manteniéndose igual que antes de la intervención.

- c. ***La elección de la intervención debe procurar los cambios pequeños.*** Sólo de este modo se puede superar las resistencias naturales que hay en las confrontaciones del cambio. Usando en este punto la expresión “residuo no resuelto” (Watzlawick, 1980) que quiere decir que no se debe tender nunca a la solución final, última de un problema, sino sustancialmente a una mejoría.

Estos cuatro puntos (definición del problema, definición de los objetivos, soluciones intentadas y definición de estrategias) pertenecen al nivel operativo-cognoscitivo, el de las tácticas y maniobras. A hora, siguiendo el método de construcción del protocolo, la primera fase consiste en conocer las características del problema (nivel cognoscitivo-operativo), a partir de las explicaciones de los diferentes enfoques respecto a la violencia familiar. Las características que se mostrarán a continuación son las que manifiestan los casos presentados. El análisis que se presenta fue realizado después de haber concluido la terapia.

Características del problema



Al observar que la violencia familiar es un tema muy amplio, que va desde la agresión física, psicológica y sexual por parte de cualquier miembro de la familia, ya sea nuclear o extensa, hasta el maltrato infantil, se buscó delimitar el tema, interviniendo sólo en casos de violencia conyugal.

De acuerdo con el DSM IV, los problemas de relación incluyen patrones de interacción entre miembros de una unidad relacional que están asociados a un deterioro de la actividad clínicamente significativo, o a síntomas de uno o más miembros de una unidad relacional, o a deterioro de la unidad relacional misma. Se incluyen los siguientes problemas de relación, porque con frecuencia son objeto de atención clínica por parte de los profesionales de la salud. Estos problemas pueden exacerbar o complicar el tratamiento de un trastorno mental o de una enfermedad médica en uno o más miembros de la unidad relacional, pueden ser el resultado de un trastorno mental o de una enfermedad médica, pueden ser independientes de otros trastornos presentes o pueden aparecer en ausencia de cualquier otro trastorno.

Problemas conyugales

Esta categoría debe utilizarse cuando el objeto de atención clínica es un patrón de interacción entre cónyuges o compañeros caracterizado por una comunicación negativa (p. ej.,

críticas), una comunicación distorsionada (p. ej., expectativas poco realistas) o una ausencia de comunicación (p. ej., aislamiento), que está asociado a un deterioro clínicamente significativo de la actividad individual o familiar o a la aparición de síntomas en uno o ambos cónyuges (DSM IV).

De acuerdo con Ferrera (1996), podemos encontrar diferentes formas de interacción en la violencia conyugal como:

- Cuando la esposas maltratan al marido
- Cuando la agresión es mutua
- Cuando el marido ataca a la esposa
- Y cuando se agotan las instancias de comunicación

Para una mejor comprensión de la interacción violenta se puede retomar lo que Walker (1979) ha descrito como un "ciclo de la violencia", en el cual se dan tres fases, que pueden ser variables en cuanto a la intensidad y duración, tanto en diferentes parejas como en la misma:

- **Primera etapa:** denominada "*fase de la acumulación de tensión*", en esta fase se produce una sucesión de pequeños episodios que llevan a roces permanentes entre la pareja, con un incremento constante de la ansiedad y la hostilidad.
- **Segunda etapa:** llamada "*episodio agudo*", en la cual toda la tensión que se había acumulado da lugar a una explosión de violencia que puede variar en su gravedad, desde un empujón hasta el homicidio.
- **Tercera etapa:** denominada "*luna de miel*", en la que se produce el arrepentimiento, a veces instantáneo, sobreviniendo un episodio de disculpas y la promesa de que nunca más volverá a ocurrir.

Como se mencionó anteriormente, estas tres etapas son cíclicas, es decir que se repiten una y otra vez, aumentando tanto en intensidad como en frecuencia.

En relación con este ciclo de violencia, las intervenciones se hicieron en la tercera etapa, denominada *luna de miel*, en primer lugar, por que las personas se presentaron después de un evento violento, y en segundo lugar, por que lo que se pretendía era impedir que se llegara a la etapa de *acumulación de tensión*.

Por otro lado, Perrone (1997), señala dos tipos de violencia conyugal:

- La violencia agresión (que es una relación de tipo simétrico)
- La violencia castigo (que es una relación de tipo complementario)

Hasta aquí se han explicado las características del problema de acuerdo con los diferentes enfoques estudiados, concluyendo, de acuerdo con estas características, que:

Las personas atendidas fueron 10 mujeres con problemas en sus relaciones conyugales. Se atendieron en el Centro de Atención Psicológica “Los Volcanes”, ubicado en la colonia “Los Volcanes”, en la delegación Tlalpan. El rango de edad fue de 20 a 45 años, los años de unión fue de 3 a 20 años. Se presentan por problemas relacionados con ellas mismas, como depresión, angustia, ansiedad, celos, enojo, resentimiento, que adjudican a los problemas conyugales. Los esposos, de acuerdo con lo relatado por las señoras, hacen cosas para lastimarlas como: criticarlas, insultarlas, ignorarlas, a lo cual ellas intentaban explicarles sus razones, tratando de hacerlos entender que se equivocaban, lo cual producía un incremento del comportamiento del marido. Los casos atendidos presentan violencia psicológica, en relaciones de tipo simétricas en donde se daba la agresión mutua.

Intentos de solución

En estos casos lo que las personas intentaban para resolver su problema era, hablar con sus parejas sobre los problemas, exigir que fueran tratadas como se merecen, ignorar las críticas, los insultos; reclamar por los diferentes problemas o por los tratos del esposo, pedir que no discutieran, razonar los problemas, las reglas y la conducta de los esposos; platicar con otras personas sobre el problema para sentirse mejor, olvidar todo lo ocurrido durante las peleas, evitar las discusiones acumulando tensión, controlar sus reacciones al enojarse, y vengarse de sus esposos por todo lo que les habían hecho. Todos estos intentos de solución (se muestran en la tabla 10) en lugar de resolver los problemas los mantenían y los incrementaban.

<ul style="list-style-type: none">☞ hablar☞ exigir☞ ignorar☞ reclamar☞ pedir☞ razonar☞ platicar con otras personas sobre el problema☞ olvidar☞ evitar las discusiones☞ controlar sus reacciones al enojarse☞ vengarse

Tabla 10.

Los tipos de más de lo mismo, utilizados en el M.R.I., y encontrados en los casos de violencia conyugal fueron: *El intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de forma espontánea, El intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición y El intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación.*

Las características de los tipos de más de lo mismo son:

1. El intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de forma espontánea.

Este tipo de más de lo mismo se presenta cuando el paciente padece una dolencia relativa a él mismo como problemas de carácter, obsesiones y compulsiones.

El paciente se ve atrapado por la dolorosa solución de tratar de imponerse un rendimiento que sólo puede obtenerse de modo espontáneo o irreflexivo. También puede haber otras personas que participen en este esfuerzo generador del problema.

Para *el intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de forma espontánea*, se prescribió el síntoma de diferentes maneras, mediante prescripciones directas, indirectas y paradójicas.

En este sentido, los síntomas se pueden sentir como impedimentos o como impulsos que se sustraen a nuestro dominio y son puramente espontáneos. Para poder influir en ellos se nos ofrece el principio *similia similibus curantur*. Si la tentativa voluntaria y consciente por ser alegre genera depresión y si los esfuerzos por dormirse le mantienen a uno despierto, se sigue que en la ejecución deliberada de comportamientos sintomáticos se priva a estos últimos de su espontaneidad, aparentemente indomable. Éste es, efectivamente, el caso, y la intervención consiste, en prescribir –y no en combatir como se hace tradicionalmente- los síntomas (Watlawick, 1980).

El esfuerzo consciente de la voluntad hacia un objeto o bien hace imposible que se produzca una reacción normal espontánea, que de por sí no presupone una planificación especial, o bien provoca reacciones espontáneas, no planificadas ni deseadas. En uno y otro caso, el problema radica en el esfuerzo de la voluntad, es decir, en la solución intentada. Ésta, y no la reacción deseada y no alcanzada, o la que se produce sin ser deseada, debe ser, por tanto, la meta de la intervención terapéutica. Esta causa generadora de problemas, la solución intentada del problema (problema que, por otra parte, no existiría por tal solución). La prescripción del síntoma bloquea la solución intentada y, con ello, también su consecuencia, el síntoma (Watlawick, 1980).

Para el dolor, *lo que se prescribe es sumergirse en él, lo más posible, para poder tocar fondo y salir a flote*, con el ritual de la media hora voluntaria de exasperación del síntoma (prescripción paradójica), para apagar el fuego añadiendo leña (estratagema).

La rabia es algo que tiene que salir, prescribiendo para esto, escribir una carta con las peores cosas que le quiere decir a su esposo y no puede, como una forma de desplazar el síntoma (prescripción indirecta), apagando el fuego añadiendo leña (estratagema).

En este tipo de más de lo mismo lo que el paciente pretende es evitar el síntoma, intentando controlarlo, y mientras más intenta controlarlo, más pierde el control. La prescripción de lo que se quiere evitar provoca hacer voluntarias las reacciones espontáneas que se quieren anular, o como Nardone diría: apagar el fuego añadiendo leña.

Entonces, al realizar el ritual de la media hora voluntaria de exasperación del síntoma o al mantenerlo durante quince minutos al aparecer fuera de esta media hora, lo que se hace es frustrar los intentos de controlarlo haciéndolos voluntarios.

Cuando sufrimos por algo que ha salido mal, o por alguna culpa, o por algún incidente desagradable vivido en el curso de nuestra experiencia, casi todos nosotros tenemos la tendencia a tratar de contener nuestro sufrimiento intentando racionalizar lo que ha sucedido o tratando de no pensar en ello, esforzándonos en olvidar. *Pero racionalizar un sufrimiento emotivo es el mejor modo para sacar por la puerta algo que vuelve a entrar, después, por la ventana*. De esta manera, el dolor parece cada vez más fuerte, entonces, esto no sólo es inútil sino que la mayoría de las veces incrementa el sufrimiento (Nardone, 2002).

El tratar de no pensar en algo resulta ser el mejor modo para pensarlo más, ya que pensar en no pensar es ya pensar. Esforzarse por olvidar, además, teniendo en cuenta que el acto de olvidar es algo involuntario, hace voluntario lo que no es, con el resultado que terminamos por inhibirlo; por lo tanto, el efecto será que mantenemos mucho más presente en nuestra memoria lo que queríamos cancelar. En este caso, la técnica que tiene un poder verdaderamente sorprendente es aquella de hallar un espacio a diario, específicamente planeado, con un comienzo y un final, en el cual concentraremos al máximo las fantasías que más nos hacen sufrir, con el fin de que podamos canalizar y exteriorizar nuestro sufrimiento (Nardone, 2002).

Por lo regular el efecto puede ser que:

- a) Se logra estar peor en este espacio. Esto produce un alivio del sufrimiento, a lo largo del día, al estar fuera de este espacio, conduciendo gradualmente a que metabolicemos y superemos el sufrimiento;
- b) Dentro del espacio para sufrir, por efecto paradójico, no se logra estar mal. Mientras más se busca estar mal, más se tienen reacciones contrarias. Este es el caso más frecuente.

Una de las tendencias más comunes entre los seres humanos cuando tienen un problema es tratar de evitarlo o evitar las situaciones que lo pueden exasperar. De esta manera, sin embargo, confirmando la incapacidad de afrontar el problema. Cada escape conduce a otro escape que confirma el anterior y prepara el siguiente, pero tal cadena de escapes alimenta e incrementa nuestra sensación de inseguridad e incompetencia personal. Por lo tanto, es necesario prescribir “*evitar evitar*”, asumiendo ésta como regla de fondo en nuestra interacción con la realidad que continuamente construimos y por lo cual después sufrimos.

Evitar evitar significa no renunciar a ninguna de las situaciones que nuestra existencia ordinaria nos propone, por el miedo a sufrir por ellas o por no ser capaces de afrontarlas. Es necesario enfrentarse a las realidades que nos causan temor como si fueran ocasiones para adquirir nuevas experiencias de aprendizaje y de crecimiento personal, incluso las derrotas. Más bien, utilizar el miedo de los efectos dañinos que podría producirnos el evitar repetidamente el enfrentamiento con los problemas, como recurso para superar el miedo de cada singular situación que quisiéramos evitar. Utilizar el miedo contra el mismo miedo. El límite de cada miedo es, en efecto, un miedo más grande.

Para algunos de nosotros, lo que se produce como tendencia natural frente a alguna dificultad es una reacción de mayor empeño, mayor esfuerzo en el intento de enfrentar las cosas que nos están saliendo mal. La mayoría de las veces, esto se manifiesta en la tendencia a insistir obstinadamente en aplicar soluciones tentativas que no funcionan o en ponerse continuamente a prueba, buscando siempre nuevas confirmaciones de las capacidades propias, con el efecto de incrementar la necesidad de confirmación y la consiguiente inseguridad personal.

En otros casos, el esfuerzo está dirigido al control de las propias emociones y de la propia impulsividad; también en este caso el resultado más frecuente es la incapacidad, aún mayor, de controlar nuestras reacciones emotivas.

Es igualmente interesante resaltar que quien logra frenar su impulsividad, la mayoría de las veces termina desencadenando un proceso de control obsesivo de sus propias reacciones, que conduce al establecimiento de una compulsión basada en una incontrolable necesidad de control, incluso en cosas irrelevantes.

El resultado final es que el control alcanzado conduce a una forma de pérdida de control del control mismo, o bien tal inclinación se convierte en compulsión.

En otros términos, el esforzarse por no esforzarse para incrementar la confianza en los propios recursos, puede ser metafóricamente resumiendo la historia del dragón que busca la perla de la virtud suprema. Él la busca por todas partes, por mar y tierra, en las selvas y en los desiertos, sin lograr encontrar nunca, y continuará buscándola hasta el infinito si no se mira en un espejo de agua, para darse cuenta de que la perla de la virtud está incrustada sobre su cresta....

Antes de prescribir el pensar en el ciempiés y en cómo se relaciona con su problema, se le explica esta historieta:

“Cuenta una antigua historia que una vez una hormiga le preguntó a un ciempiés: ¿podría explicarme cómo te las arreglas para caminar también con cien pies a la vez, dime cómo consigues controlarlos todos al mismo tiempo? El ciempiés comenzó a pensar en ello y ya no fue capaz de caminar”.

De esta manera se reestructura la solución ensayada de escucharse y controlarse.

Al prescribir tomar un vaso de agua fría cada que aparezca el síntoma o dar vueltas, se desplaza el síntoma, llevando su atención hacia aspectos poco relevantes, mientras que por otro lado se bloquea el síntoma.

El prescribir “observar sin intervenir” y “no hacer nada para mejorar”, sirve para que la persona deje de hacer lo que está haciendo para mejorar la situación que en lugar de ayudar empeora las cosas. En otras palabras, los intentos de solución mantienen el problema. De igual manera, el decirle al paciente como hacerle para empeorar la situación, dando una descripción detallada de todo lo que ha estado intentando para resolver el problema; o ya en la cuarta fase de la terapia, prescribiendo una recaída, después de haber construido un nuevo equilibrio.

En la prescripción de ¿Cómo empeorar la situación?, la persona que se encuentra en una situación difícil y aparentemente sin solución se obliga a tratar de orientar la propia construcción estratégica hacia el objetivo de empeorar la situación en vez de mejorarla (Nardone, 2002).

El efecto de esto puede ser de dos tipos:

- a) La persona descubre toda una serie de modalidades de pensamientos y de acciones para empeorar la situación. En este caso sabrá que tendrá que evitar hacer o pensar, y esto es ya una forma de detener las eventuales “soluciones intentadas” que mantienen o complican el problema;
- b) Muy a menudo, cuando estimulamos nuestras fantasías en la dirección de complicar nuestros problemas, surgen involuntariamente soluciones alternativas nunca imaginadas

hasta el momento. Éste es el efecto de recurrir a la lógica paradójica en la comunicación entre la mente y la mente misma: como en muchas técnicas se utiliza el diálogo autorreflexivo, propio del ser consciente, como campo de aplicación de estrategias de cambio.

Al realizar la técnica del pacto de silencio, se debe partir de la constatación de que la ayuda y el soporte recibidos no pueden desde luego conseguir cambiar la condición del paciente. A continuación se le dice que él no puede contar con el sostén y la protección de los demás como solución del problema, sino que debe empezar a considerar que esa ayuda es peligrosa y perjudicial por que puede contribuir a agravar el problema. Explicando que las personas que están a su alrededor forma parte integrante del sistema disfuncional y que, al estar implicados de ese modo, no pueden hacer nada por cambiar su situación. La ayuda y soporte que prestan estas personas no hace más que confirmar su incapacidad y su dependencia de ellas. Esto se produce de una manera sutil y por ello su situación no hará sino empeorar. Sin embargo, se refuerza la idea de que, por ahora, no puede prescindir de la ayuda de los demás.

Esta reestructuración está orientada a canalizar el miedo del paciente, incentivándolo a la provocación de reacciones que rompan su sistema disfuncional de relaciones interpersonales.

Redefiniendo el sostén y la ayuda de los demás como algo que hace aumentar los síntomas, se cambia la perspectiva del paciente en cuanto a la percepción de su actual vida de relaciones. Ahora puede contemplarla ya no como el ancla de salvación sino como algo dañino y peligroso.

Introducir esta nueva percepción en la mente del paciente significa conseguir que se dispare el miedo a ser ayudado, por que ser ayudado quiere decir agravar sus síntomas.

Las intervenciones hechas para este tipo de más de lo mismo son las que se encuentran en la tabla 11:

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">☞ Que escriba las peores cosas que le gustaría decir a su esposo.☞ Tomar un vaso de agua fría cada que aparezca el síntoma.☞ Ritual de la media hora voluntaria de exasperación del síntoma☞ Mantener el síntoma...☞ Darse 5 vueltas cuando aparezca el síntoma.☞ Repetir los pensamientos 10 veces☞ Sumergirse en el dolor.☞ Observar sin intervenir.☞ No hacer nada para mejorar.☞ Esforzarse por no esforzarse.☞ Evitar evitar. |
|--|

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">☞ Pensar en la historia del ciempiés.☞ Limpiar cada que aparezca la culpa (ordalía).☞ Pacto de silencio. |
|--|

Tabla 11.

El otro tipo de “más de lo mismo” encontrado en los casos de violencia conyugal fue:

2. El intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición

Los problemas vinculados con esta solución implican un conflicto en una relación interpersonal centrado en temas que requieren una mutua colaboración. Entre estos problemas se encuentran las riñas conyugales.

Las personas aquejadas por este tipo de problemas ensayan la siguiente solución: sermonear a la otra parte sobre el deber de someterse a sus exigencias con respecto a conductas concretas y, lo que es todavía más importante, exigir que la otra parte les trate con el respeto, la atención o la deferencia que piensan que se les debe. En pocas palabras, la solución ensayada asume la forma de exigir a la otra parte que los trate como si fueran superiores.

En *el intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición*, la intervención consistía en hacer que los pacientes realizaran peticiones de una forma no autoritaria, como “*me gustaría que...*” en lugar de “*tienes la obligación de...*”, bloqueando de esta manera la interacción. Entonces, al hacer que el paciente asuma una postura diferente, provoca una reacción distinta en su esposo, modificando la interacción predecible a una distinta. Utilizando la estratagema de enturbiar las aguas para que floten los peces.

Las prescripciones hechas para este tipo de más de lo mismo fueron (ver tabla 12):

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">☞ Hacer peticiones de una forma no autoritaria.☞ Agradecer las críticas☞ Arreglarse y despedirse de su esposo muy contenta.☞ Arreglarse y salir. |
|---|

Tabla 12.

El tercer tipo de “más de lo mismo” fue:

3. El intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación.

Los problemas vinculados con esta solución implican un conflicto en una relación interpersonal. Entre estos problemas se encuentran los problemas conyugales.

Esta solución, que es la imagen refleja del intento de conseguir espontaneidad mediante la premeditación, puede resumirse en la siguiente afirmación: “*Me gustaría que lo hiciera, pero todavía me gustaría más que quisiera hacerlo*”. Las peticiones que se hacen en este caso son de manera indirecta, y la negación de estas peticiones también se hace de manera indirecta.

Pedir abiertamente lo que uno desea es considerado como dictatorial, o como una intromisión pernicioso para la integridad de otra persona. Es como si se viera a ésta como alguien frágil, incapaz de determinar su propio nivel de docilidad, alguien que no sabe decir que no, en consecuencia, y paradójicamente, su libertad tiene que ser defendida por otra persona.

En *el intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación*, la intervención consistía en solicitar al paciente que hiciera peticiones concretas y específicas. Utilizando la estrategia de enturbiar las aguas para que floten los peces.

Las prescripciones hechas para este tipo de más de lo mismo fueron (ver tabla 13):

<ul style="list-style-type: none"> ☞ Hacer peticiones concretas y específicas. ☞ Agradecer las críticas ☞ Arreglarse y despedirse de su esposo muy contenta. ☞ Arreglarse y salir.
--

Tabla 13.

Hasta aquí, estas primeras intervenciones realizadas consistían en romper el círculo vicioso de soluciones intentadas, para modificar el sistema perceptivo-reactivo. En esta primera aproximación de construcción del protocolo, se intervino en primer lugar la sintomatología presentada por las personas (depresión, ansiedad, angustia, enojo, resentimiento), para posteriormente intervenir en la interacción de la pareja. El motivo por el cual se intervino en la sintomatología presentada y no en la interacción fue por que, de acuerdo con Nardone (2002), cuando tenemos un problema, a menudo nos sentimos impotentes por que lo vivimos como algo insuperable en su complejidad, o bien, cuando tenemos varios problemas relacionados entre sí, nos parece imposible resolverlos. En este caso, dentro del sistema más complejo, si se introduce un pequeño cambio se producirá una reacción en cadena que conducirá a alterará todo el equilibrio.

Por consiguiente, cuando se tratan grandes problemas, es mejor concentrarse en el cambio más pequeño pero más concreto que se pueda producir, el cual será seguido por otro pequeño cambio, hasta llegar a la suma de pequeños cambios que conducirán al gran cambio. Todo esto, además de hacer posible y hacer más fácil el logro de un cambio efectivo de la situación problemática, reduce en gran medida la ansiedad y el sentido de impotencia inicial, incrementando desde el principio la confianza del éxito final (Nardone, 2002).

Podemos resumir el total de las intervenciones como se muestra en la tabla 14:

MÁS DE LO MISMO	INTERVENCIÓN
El intento de forzar algo que sólo	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Que escriba las peores cosas que le gustaría decir a su esposo. ☞ Tomar un vaso de agua fría cada que aparezca el síntoma.

puede ocurrir de forma espontánea	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Ritual de la media hora voluntaria... ☞ Mantener el síntoma... ☞ Darse 5 vueltas cuando aparezca el síntoma. ☞ Repetir los pensamientos 10 veces ☞ Sumergirse en el dolor. ☞ Observar sin intervenir. ☞ No hacer nada para mejorar. ☞ Pensar en que cada que intenta controlar algo va peor. ☞ Evitar evitar. ☞ Pensar en la historia del ciempiés. ☞ Limpiar cada que aparezca la culpa (ordalía). ☞ Pacto de silencio.
En el intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición.	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Hacer peticiones de una forma no autoritaria, como “<i>me gustaría que...</i>” ☞ Agradecer las críticas ☞ Arreglarse y despedirse de su esposo muy contenta. ☞ Arreglarse y salir.
En el intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación.	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Hacer peticiones concretas y específicas. ☞ Agradecer las críticas. ☞ Arreglarse y despedirse de su esposo muy contenta. ☞ Arreglarse y salir.

Tabla 14.

Las intervenciones que tenían como objetivo establecer un nuevo equilibrio fueron las que se encuentran en la tabla 15:

<ul style="list-style-type: none"> ☞ La prescripción del “<i>como si</i>”. ☞ Hacer una lista de las cosas que le gusta hacer y llevar a cabo una diaria; ☞ Sorprender a su esposo con algo que le guste ☞ La venganza ☞ Prescripción de una recaída.

Tabla 15.

Entre las intervenciones que tenían como objetivo establecer un nuevo equilibrio esta la prescripción del “*como si*”, utilizando la estratagema de crear de la nada. Esta técnica se expresa: *¿Qué harías hoy de diferente?, ¿Cómo te comportarías hoy si el problema que tienes desapareciera? Entre las cosas que aparezcan en tu mente, busca escoger la más pequeña y ponla en práctica. Cada día te harás esta pregunta y todos los días pondrás en práctica la opción más pequeña de las que has imaginado, como si el problema ya no existiera.*

De esta manera, se produce cada día un pequeño cambio que producirá una reacción en cadena de cambios posteriores, hasta llegar a subdividir totalmente las anteriores modalidades de percibir y enfrentarse de forma contraproducente al problema. La magia está en que transforma gradualmente la forma de construir la realidad y así la persona que la sufría pasa a manejarla (Nardone, 2002).

Otra prescripción con el mismo objetivo que la anterior fue, la de *hacer una lista de las cosas que le gusta hacer y llevar a cabo una diaria*; igual que la prescripción de *sorprender a*

su esposo con algo que le guste, utilizando para esto la estratagema de enturbiar las aguas para que floten los peces.

La prescripción de *la venganza*, de forma benévola, sin dañar a la persona que se quiere castigar, poniendo un límite a la cadena de intentos de venganzas anteriormente puestas en práctica como intento de solución, saciando ese deseo para poder seguir adelante con la mejoría de la relación. Se utilizó la estratagema de enturbiar las aguas para que floten los peces. Aquí, es oportuno aclarar que ninguna de las mujeres atendidas buscaba terminar la relación, aunque lo planteaban como una opción.

Por otro lado, las prescripciones de comportamiento, que han de seguirse fuera de la sesión, en el intervalo de un encuentro y el siguiente, desempeñan un papel fundamental en la terapia. Para cambiar hay que pasar por experiencias concretas: las prescripciones de comportamiento desempeñan la función de hacer vivir estas experiencias concretas de cambio, más allá del *setting* terapéutico. El hecho de que el paciente actúe de forma activa, sin la presencia directa del terapeuta y en su actividad habitual cotidiana, es la mejor demostración que puede darse a sí mismo con relación a su capacidad de cambiar la situación problemática. Que luego haga cosas inconscientemente por efecto de las trampas comportamentales usadas por el terapeuta no cambia lo que haya podido probarse a sí mismo, por cuanto, a sabiendas o inconscientemente, ha hecho algo que antes era incapaz de hacer. Una vez vivida esta experiencia se constituye en prueba tangible e indiscutible, concreta y real, de la posibilidad de superar las propias dificultades (Nardone y Watzlawick, 1992).

Esto lleva a la apertura de nuevas perspectivas de percepción y reacción ante la realidad problemática; en otras palabras, a la ruptura del mecanismo de acciones, retroacciones y soluciones ensayadas que mantienen la situación problemática (Nardone y Watzlawick, 1992).

En la siguiente tabla (tabla 16) se muestran las primeras intervenciones y las estratagemas con las que se relacionan.

INTERVENCIONES		ESTRATAGEMA
Prescripción del síntoma	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Escribir una carta con las peores cosas... ☞ Ritual de la media hora voluntaria... ☞ Mantener el síntoma... ☞ Sumergirse en el dolor. ☞ Agradecer las críticas ☞ Repetir los pensamientos 10 veces ☞ Pensar en que cada que intenta controlar algo va peor. ☞ Evitar evitar. 	Apagar el fuego añadiendo leña.

	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Pensar en la historia del ciempiés. ☞ Limpiar cada que aparezca la culpa (ordalía). ☞ Pacto de silencio. 	
	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Tomar un vaso de agua fría cuando parezca el síntoma. ☞ Darse 5 vueltas cuando aparezca el síntoma. ☞ Diario de abordó 	Surcar el mar a espaldas del cielo.
	<ul style="list-style-type: none"> ☞ No hacer nada para mejorar. ☞ Observar sin intervenir. ☞ ¿Como empeorar la situación? 	Apagar el fuego añadiendo leña.
	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Hacer peticiones concretas y específicas. ☞ Hacer peticiones de forma no autoritaria. 	Enturbiar las aguas para que floten los peces.
“como sí”	☞ Comportarse “como sí”	Crear de la nada.
	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Hacer una lista de las cosas que le gustan hacer y hacer una diaria. ☞ Vengarse. ☞ Sorprender. ☞ Arreglarse y despedirse de su esposo muy contenta. ☞ Arreglarse y salir. 	Enturbiar las aguas para que floten los peces.
	☞ Prescripción de una recaída.	Arrojar el ladrillo para obtener jade

Tabla 16.

En la tabla siguiente (tabla 17) se muestra el número de casos, y de sesiones así como las intervenciones realizadas:

CASO	INTERVENCIÓN	RESULTADO FINAL
Caso 1 2 sesiones No. de intervenciones 2	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Que escriba las peores cosas que le gustaría decir a su esposo. ☞ Tomar un vaso de agua fría cada que aparezca el síntoma. 	Éxito
Caso 2 9 sesiones No. de intervenciones 7	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Tomar un vaso de agua fría cada que aparezca el síntoma. ☞ Hacer una lista de las cosas que le gusta hacer y llevar a cabo una diaria; ☞ La prescripción del “como si”. ☞ No hacer nada para mejorar. ☞ Hacer peticiones de una forma no autoritaria. ☞ Ritual de la media hora voluntaria de exasperación del síntoma ☞ La venganza 	Mejoría significativa
Caso 3 4 sesiones No. de intervenciones 3	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Ritual de la media hora voluntaria de exasperación del síntoma ☞ La prescripción del “como si”. ☞ La venganza 	Éxito
Caso 4 12 sesiones No. de intervenciones 4	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Ritual de la media hora voluntaria de exasperación del síntoma ☞ Que escriba las peores cosas que le gustaría decir a su esposo. ☞ Sorprender a su esposo con algo que le guste ☞ La prescripción del “como si”. 	Éxito

Caso 5 4 sesiones No. de intervenciones 3	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Tomar un vaso de agua fría cada que aparezca el síntoma. ☞ Ritual de la media hora voluntaria de exasperación del síntoma ☞ Sorprender a su esposo con algo que le guste 	Mejoría significativa
Caso 6 7 sesiones No. de intervenciones 7	<ul style="list-style-type: none"> ☞ No hacer nada para mejorar. ☞ Hacer una lista de las cosas que le gusta hacer y llevar a cabo una diaria; ☞ Hacer peticiones de una forma no autoritaria. ☞ Que escriba las peores cosas que le gustaría decir a su esposo. ☞ Ritual de la media hora voluntaria de exasperación del síntoma ☞ Arreglarse y despedirse de su esposo muy contenta. ☞ Sorprender a su esposo con algo que le guste 	Éxito
Caso 7 2 sesiones No. de intervenciones 2	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Repetir los pensamientos 10 veces ☞ Ritual de la media hora voluntaria de exasperación del síntoma 	Fracaso
Caso 8 7 sesiones No. de intervenciones 9	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Ritual de la media hora voluntaria de exasperación del síntoma ☞ Repetir los pensamientos 10 veces ☞ Pacto de silencio. ☞ Que escriba las peores cosas que le gustaría decir a su esposo. ☞ Darse 5 vueltas cuando aparezca el síntoma. ☞ Hacer una lista de las cosas que le gusta hacer y llevar a cabo una diaria; ☞ Evitar evitar. ☞ Pensar en la historia del ciempiés. ☞ Prescripción de una recaída. 	Éxito
Caso 9 8 sesiones No. de intervenciones 7	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Ritual de la media hora voluntaria de exasperación del síntoma ☞ Tomar un vaso de agua fría cada que aparezca el síntoma. ☞ Limpiar cada que aparezca la culpa (ordalía). ☞ Prescripción de una recaída. ☞ Hacer una lista de las cosas que le gusta hacer y llevar a cabo una diaria; ☞ La prescripción del “como si”. ☞ Pacto de silencio. 	Éxito
Caso 10 2 sesiones No. de intervenciones 2	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Ritual de la media hora voluntaria de exasperación del síntoma ☞ Pacto de silencio. 	Fracaso

Tabla 17.

Los datos obtenidos al finalizar la terapia, se organizaron en tres categorías: 1. éxito (un alivio completo de la queja presentada), 2. Mejoría significativa (clara y considerable, pero no ocurre el alivio completo de la queja), 3. Fracaso (Pequeño o ausencia de cambio). Los diez casos promediaron 5.7 sesiones y se obtuvieron 6 casos exitosos que equivalen al (60%), 2

casos con mejoría significativa que equivalen al (20%) y 2 casos fueron fracasos equivalente al (20%).

La tabla siguiente (tabla 18) muestra las intervenciones que resultaron más efectivas para los casos, el número de veces que se aplicó en relación con el número de veces que funcionó. El éxito se determinó mediante las tres categorías antes mencionadas. El análisis que se realizó, en el nivel cognoscitivo-operativo de acuerdo con la metodología de construcción de protocolos, consistió en cambiar los intentos de solución disfuncionales por otros eficaces. Esta es la *tercera fase* de construcción de protocolos.

INTERVENCIONES	NUMERO DE APLICACIONES	EXITOS
☞ Ritual de la media hora voluntaria de exasperación del síntoma	10	10
☞ Que escriba las peores cosas que le gustaría decir a su esposo.	4	4
☞ Tomar un vaso de agua fría cada que aparezca el síntoma.	4	4
☞ Pacto de silencio.	3	3
☞ Prescripción de una recaída.	2	2
☞ Hacer una lista de las cosas que le gusta hacer y llevar a cabo una diaria.	4	2
☞ No hacer nada para mejorar.	2	1
☞ Repetir los pensamientos 10 veces.	2	1
☞ Limpiar cada que aparezca la culpa (ordalía).	1	1
☞ Hacer peticiones de una forma no autoritaria.	2	1
☞ Arreglarse y despedirse de su esposo muy contenta.	1	1
☞ La prescripción del “como si”.	4	1
☞ Darse 5 vueltas cuando aparezca el síntoma.	1	1
☞ Pensar en la historia del ciempiés.	1	1
☞ La venganza.	2	1

Tabla 18.

El éxito estaba representado por el alivio de la queja, y el fracaso por la ausencia de cambio. Esto se observó una semana después de haber hecho la intervención. Y si la intervención funcionaba se continuaba con ella, de lo contrario era modificada o sustituida.

CONCLUSIÓN

Este trabajo no es el Protocolo Específico de Tratamiento para los casos de violencia conyugal concluido, sino que es **un estudio exploratorio de la metodología investigación-acción para la construcción de Protocolos Específicos de Tratamiento**. A continuación se presentarán los objetivos alcanzados al finalizar el trabajo y las fases necesarias para concluir el protocolo.

Una vez concluido el trabajo, se consideran importantes los siguientes puntos:

Objetivos que se cumplieron en el proyecto.

Los objetivos que se cumplieron en el proceso de construcción del protocolo fueron:

- ☞ Conocer las características del problema (*primera fase*).
- ☞ Destacar las soluciones intentadas (*segunda fase*).
- ☞ La introducción de las primeras intervenciones para la resolución de problemas conyugales.
- ☞ El análisis de las intervenciones seleccionando las que resultaron ser efectivas (*tercera fase*).

En este punto lo que se ha conseguido conocer de este tipo de interacción son algunas características específicas de este tipo de problema, así como también algunas de sus consecuencias. Una de las características de este particular tipo de interacción es que se da la agresión mutua, en una relación de tipo simétrica. Se hieren verbalmente con críticas, insultos y con indiferencia, esto hace que se empiece a acumular tensión, hasta que finalmente acaban en una pelea. Posteriormente aparecen sentimientos de culpa, por los insultos dichos durante la pelea, frustración e impotencia, por no poder resolver los problemas de otra forma, sin lastimarse el uno al otro.

Las personas que llegan a la terapia, después de varios años con este tipo de interacción, están cansadas, resentidas y con la creencia de no poder hacer nada. Estas personas se presentan después de un evento violento, y los motivos por los que acuden a la terapia son los síntomas como, depresión, ansiedad, miedo. En ninguno de los casos las personas han tenido la intención de terminar la relación.

Respecto de las soluciones se ha concluido que las personas intentaban para resolver su problema hablando con sus parejas sobre los problemas, exigiendo que fueran tratadas como se merecen, ignorando las críticas, los insultos; reclamando por los diferentes problemas o por

los tratos del esposo, pidiendo que no discutieran, razonando los problemas, las reglas y la conducta de los esposos; platicando con otras personas sobre el problema para sentirse mejor, olvidando todo lo ocurrido durante las peleas, evitando las discusiones acumulando tensión, controlando sus reacciones al enojarse, y vengándose de sus esposos por todo lo que les habían hecho. Todos estos intentos de solución en lugar de resolver los problemas los mantenían y los incrementaban.

En cuanto a las intervenciones podemos decir que las que funcionaron para este tipo particular de problema fueron las que se muestran en la tabla 19.

INTERVENCIONES
☞ Ritual de la media hora voluntaria de exasperación del síntoma
☞ Que escriba las peores cosas que le gustaría decir a su esposo.
☞ Tomar un vaso de agua fría cada que aparezca el síntoma.
☞ Pacto de silencio.
☞ Prescripción de una recaída.
☞ Hacer una lista de las cosas que le gusta hacer y llevar a cabo una diaria.
☞ No hacer nada para mejorar.
☞ Repetir los pensamientos 10 veces.
☞ Limpiar cada que aparezca la culpa (ordalía).
☞ Hacer peticiones de una forma no autoritaria.
☞ Arreglarse y despedirse de su esposo muy contenta.
☞ La prescripción del “como si”.
☞ Darse 5 vueltas cuando aparezca el síntoma.
☞ Pensar en la historia del ciempiés.
☞ La venganza.

Tabla 19.

Hasta aquí se concluye con este trabajo, que de acuerdo con el método de construcción de protocolos sería la parte de las técnicas específicas, el análisis de las intervenciones que funcionaron en los casos presentados. Esto no es el protocolo terminado, es solo una aproximación, para poder terminar el protocolo serán necesarios más casos, aplicando las intervenciones que se muestran en la Tabla 19 y observar los resultados, y con esto diseñar una estrategia con objetivos y técnicas específicas.

CONSIDERACIONES FINALES

En este apartado se presentará el horizonte en el que el trabajo se perfila. Se indicará cuáles son las fases que están pendientes, las limitaciones que tuvo y las sugerencias para futuros avances en el proceso.

Fases por concluir

Los puntos a seguir para la conclusión del protocolo, de acuerdo con Nardone (1997), son:

- ☞ Aplicación de las intervenciones a 90 casos.
- ☞ El análisis de las intervenciones seleccionando las efectivas.
- ☞ Poner a punto las intervenciones seleccionadas.
- ☞ La aplicación de las intervenciones puestas a punto a 100 casos.
- ☞ Selección de las intervenciones efectivas.
- ☞ Análisis de las intervenciones, seleccionando un tipo de comunicación específica para las características del problema.
- ☞ Diseñar una estrategia, dividida en una secuencia de estadios con objetivos específicos, técnicas específicas y una comunicación específica. Esto implica la formulación de hipótesis sobre el funcionamiento de los problemas conyugales, partiendo de la experiencia empírica, es decir de la aplicación de las intervenciones y de la observación de sus efectos, además de los análisis llevados a cabo en las diferentes fases.

El primer paso a seguir para concluir con la construcción del protocolo es, aumentar el número de casos (90 casos) y realizar un análisis de estos, esto para afinar las intervenciones y aplicarlas nuevamente a una muestra de 100 casos. Esto permitiría un mejor conocimiento del problema, para poder formular hipótesis sobre su funcionamiento.

Limitantes del trabajo

- ☞ Este trabajo no es el protocolo de intervención terminado.
- ☞ La cantidad de casos no es la adecuada para poder generalizar los resultados.
- ☞ Al estar sujeto el protocolo al proceso de autocorrección, algunos elementos podrían cambiar.
- ☞ Las intervenciones sólo se aplicaron a casos de violencia conyugal, específicamente cuando la agresión es mutua.
- ☞ Las intervenciones se aplicaron únicamente en violencia psicológica.

Es importante señalar los límites de este trabajo, en primer lugar porque se creería que es el protocolo terminado, pero el objetivo solo es diseñar el protocolo específico de tratamiento, por consiguiente, los datos no se pueden generalizar ya que no se cuenta con los casos necesarios, además de que, por ser un problema cambiante los datos se deben mantener en un procesos de autocorrección constante que permita afinar mejor las intervenciones.

Sugerencias

Es necesario intentar hacer que las personas no se victimizen, utilizar un lenguaje más sugestivo, que las intervenciones estén dirigidas hacia cambios muy pequeños, que la primera sesión sea muy sistemática, que las preguntas tengan una ilusión de alternativas, llevar un mejor registro de los casos y de las sesiones y planear mejor la estrategia a seguir.

También es necesario no intentar que las personas tengan cambios muy grandes, no intervenir en la relación en las primeras sesiones, y tampoco forzar a las personas a realizar las intervenciones.

Si se tuviera la oportunidad de continuar con este trabajo se recomienda aplicar las intervenciones que han funcionado hasta este momento, que se haga un mejor análisis de los resultados para poder identificar porque están funcionando. También que se busque aplicarlo a casos que presentaran otro tipo de violencia, como la física o la sexual.

Para finalizar, se ha observado en el proceso de investigación que el intentar la construcción de un protocolo de tratamiento es un trabajo muy arduo, y que faltan muchas cosas por hacer para concluirlo, es por esto que se ha planteado la posibilidad de continuar con el trabajo como parte del proceso de posgrado, o de llevar el proyecto a una instancia pública de atención a la violencia, esto facilitaría la culminación de este proceso.

BIBLIOGRAFÍA

- Adams, D. (1986). *Counseling Men who Batter: A Profeminist Análisis of Five Treatment Models*. American Psychological Association.
- Adams, D. (1988). Treatment models of men who batter: a profeminist analysis. Pp. 176-200 in K. Ylló and M. Bograd, eds., *Feminist Perspectives on Wife Abuse*. Beverly Hills, Calif.: Sage.
- Adams, D. (1989). *Identificando al esposo agresor en el tribunal: sea Ud el/la juez*. Mimeografiado.
- Aldorado, E. (1994). "Screening for physical violence in couple therapy; Methodological practical, and ethical considerations" en *Family proces*. 33(4) 425-439.
- Alpert E, Cohen S, Sege R. (1997). "Family Violence; An overview" en *Academic Medicine*. 72/1 Suppl. (S3-S6.).
- Amor, P.; Echeburúa, E; Corral, P; Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2, 227-246.
- Ashby, W. (1954). *Proyecto para un cerebro*. Nueva York: Wiley and Sons.
- Ashby, W. (1956). *An introduction to Cybernetic*. Londres: Methuen.
- Astin, M., Ogland-Hand, S., Foy, David, W. y Coleman, E. (1995). Post-traumatic Stress Disorder and Childhood Abuse in Battered Women. *Journal of consulting and Clinical Psychology*. 63, (2), 308-312.
- Austin, J. B. y Dankwort, J. (1999). The impact of a batterers' program on battered women. *Violence Against Women* 5, 25-42.
- Bach, G y Wyden, P. (1969). *The Intimate Enemy*. New York: Avon Books.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall Inc.
- Barcus, R. (1997). "Partness of survivor of abuse; A men's therapy group" en *Phychoterapy*. 34(3), 316-332.
- Bateson, G. (1967). Cybernetic Explanation. *American Behavioral Scientist*. 10. 29-32.
- Bateson, G. (1979). *Mind and nature: A necessary unity*. New York: Dutton.
- Bateson, G. (1992). *Pasos Hacia una Ecología de la Mente*. Argentina: Planeta.
- Bateson, G y Jakson, D. (1964). Some varieties of pathogenic organization, en *Disorders of communication*, 42, 270-283.

- Bateson, G.; Jackson, D.; Haley, J. y Weakland, J. (1956). Toward a Theory of Schizophrenia. *Behavioral Science*. 1, 251-264.
- Baum, A. (1990). Stress intrusive imaginary and chronic distress, *Health Psychology*, 9, 653-675.
- Beck, A. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: D. D. B.
- Berg, K. (1994). *Family-Based Services: A Solution-Focused Approach*. New York: Norton.
- Berk, R., Fenstermaker S., Loseke, D. y Rauma, D. (1983). Mutual combat and other family violence myths. En D. Finkelhor, R. Gelles, G. Hotaling y M. Straus (Eds.) *The Dark Side of Families. Current family violence Research*. Beberly Hills. Sage Publications.
- Blount, W., Silverman, T., Séller, C. y Seese, R. (1994). Alcohol and Drug use among Abused Women Who Kill, Abused Women who don't and Their abusers, *Journal of Drug Issues*, 24 (1-2), 165-177.
- Bonino, L. (1998). *Micromachismos, la violencia invisible*. Madrid: Cecom
- Bosch, E. y Ferrer, V. (2002). *La Voz de las Invisibles: las víctimas de un mal amor que mata*. Madrid: Ediciones Catedra.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Browne, A. (1993). Violence against Women by male partners, Prevalence, outcomes and policy implications, *American Psychologist*, 48 (10), 1077-1087.
- Browne, A. y Williams, K. R. (1993). *Gender, intimacy and lethal violence: Trends from 1976-1987*. *Gender & Society*, 7, 78-98.
- Buchbinder, E. y Eisikovits, Z. (2003). Battered women's entrapment in shame. A phenomenological study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73, 355-366.
- Caballo, V. (1988) *Teoría, Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales*. Valencia: Promolibro.
- Campbell, R., Sullivan, C. y Davidson, W. (1995). Women who use domestic Violence stulters: Changes in Depression over time, *Psychology of Women Quarterly*, 19, 237-225.
- Cantos, A. (1993). "Men and women's attributions of blame for domestic violence" en *Journal of Family Violence*; 8 (4) 289-302.
- Cantos, A. (1994). "Injuries of women and men in a treatment program for domestic violence" , *Journal of Family Violence*; jun. 9 (2) 113-124.
- Carrasco, I. (1984) El entrenamiento en Aserción. En Mayor, J. y Labrador, F.: *Manual de Modificación de Conducta*. Madrid, Alambra.

- Cascardi, M. (1995). "Context for specific episodes of marital violence; Gender and severity of violence differences", *Journal of Family Violence*; sep. 10 (3) 265-293.
- Cascardi, M. y O' Leary, K. (1992). Depressive Symptomatology, Self-Esteem in Battered Women, *Journal of Family Violence*, 3, 49-63.
- Cazorla, G. (1994). "Conductas sexuales delictivas", *Antología de la sexualidad humana*, tomo III, México: CONAPO/Porrúa.
- Cohen, S. y Williamson, G. (1991). Stress and Infectious Disease in Humans, *Psychological Bulletin*, 109, 5-24.
- Cohen, S., Iyrell, D. y Smith, A. (1991). Psychological Stress and Susceptibility to the Common Cold, *New England Journal of Medicine*, 325, 606-612.
- Coob, S. (1997). "Construcción de la Experiencia Humana". Barcelona: Gedisa.
- Corral, P. (2000). *Violencia contra la mujer*. Debats, 70-71, 94-102.
- Corral, P. (2004). Perfil del agresor doméstico. En J. Sanmartín (Ed.). *El laberinto de la violencia. Causas, tipos y efectos*. Barcelona. Ariel.
- Corsi, J. (1991). *Aspectos psicosociales y asistenciales del hombre golpeador*. Buenos Aires: Asamblea Permanente por los Derechos Humanos.
- Corsi, J. (1994). *Violencia Familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Buenos Aires: Paidós.
- Corsi, J. (1995). *Violencia Masculina en la Pareja: una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención*. México: Paidós.
- Corsi, J. (1998). *Violencia Familiar y Abuso Sexual*. Buenos Aires: Universidad.
- Costa, L. (1993). "Considerations for the treatment of marital violence" en *Journal of Mental Health Counseling*. 15 (1), 26-36.
- Courtois, C. (1988). *Healing the Incest Wound: Adults Survivors in Therapy*. Nueva York: W.W. Norton.
- Cox, I. y Stoltenberg, C. (1991). "Evaluation of a Treatment Program for Battered Wives". *Journal of Family Violence*. Vol 6(4) 395-413.
- Crossman, R., Stith, S. y Bender, M. (1990). Sex Role Egalitarianism and Marital Violence. *Sex roles*, 22 (5-6), 293-304.
- Currie, D. (1985). "Modelo de grupo para hombres golpeadores". En Sinclair, D. *Understanding Wife Assault*. Toronto.

- Currie, D. (1987). *The Abusive Husband. An Approach to Intervention*. Toronto: Clarke Institute of Psychiatry.
- Da Costa, N. (1989^a). On the Logic of Belief. “Lógica de la fe”. *Philosophical and Phenomenological Research*, 2.
- Da Costa, N. (1989^b). *The Logic of Self-Deception*. “La lógica de la autodecepción”. *American Philosophical Quarterly*, 1.
- Daly, J.E. y Pelowski, S. (2000). Predictors of dropout among men who batter: A review of studies with implications for research and practice. *Violence and Victims*, 15, 137-160.
- Daniels, C. (1997). *Feminists Negotiate the State, the Politics of Domestic Violence*, Univ. Press of America.
- Davis, M.; McKay, M.; Eshelman, E.R. (1985) *Técnicas de Autocontrol Emocional*. Barcelona, Martínez Roca.
- De Shazer, S. (1982^a). *Pautas de terapia familiar breve: un enfoque ecosistémico*. Barcelona: Paidós.
- De Shazer, S. (1982b). Some conceptual distinctions are more useful than others, *Family process*, 21, 79-93.
- De Shazer, S. (1985). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- De Shazer, S. (1988^a). *Clues: Investigating Solutions in Brief Therapy*. Nueva York: Norton.
- De Shazer, S. (1988b). Utilization: the foundation of solutions, en J. Zeig y S. Lankton (comps). *Developing Eriksonian Therapy: state of the art*. Nueva York: Bruner.
- Delgadillo, L. y Gurrola, M. (2000). *Entre la Violencia y el Amor: reflexiones desde la psicología*. México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Deschner, J. (1984). *The Hitting Habit: Anger Control for Battering couples*. Nueva York: Free Press.
- Dohmen, M. (1995). Aspectos interaccionales. En: J. Corsi (1996). *Violencia masculina en la pareja*. Barcelona. Paidós.
- Down, W. y Millar, B. (1997). *The Longitudinal Association Between Experiences of Partner-to-Woman Abuse and Alcohol Problems for Women*, Manuscrito sin publicar.
- DSM III Trad. Esp. (1992). *Breviario Práctico para Psiquiatras*. Barcelona: Masson.
- DSM IV. Trad. Esp. (1996). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Duglas, M. (1987). The Battered Woman Syndrome, en Sonkin, D. *Domestic Violence on Trial: Therapeutic and Legal Dimensions of Family Violence*. Nueva York: Springer.

- Dutton, D. (1992). *Empowering and healing the battered woman*. Nueva York: Springer.
- Dutton, D. (1999). Traumatic origins of intimate rage. *Agresion and Violent Behavior*, 4, 431-447.
- Dutton, D. Saunders, K., Starzomski, A. y Bartholomew, K. (1994). Intimacy-anger and Insecure Attachment as precursors of abuse in Intimate Relationships, *Journal of Applied and Social Psychology*, 24, (15), 1367-1386.
- Dutton, D. y Golant, S. (1997). *El golpeador: un perfil psicológico*. Barcelona. Paidós.
- Dutton, D. y Hart, S. (1992a) Risk markers for family violence in a federally incarcerated population, *International Journal of Law and Psychiatry*, 15, p. 101-112.
- Dutton, D. y Hart, S. (1992b). Evidence for long-term, specific effects of childhood abuse and neglect on criminal behavior in men, *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 36, 2, p. 129 - 137.
- Dutton, D. y Hemphill, K. (1992c). Patterns of socially desirable responding among perpetrators and victims of wife assault, *Violence and Victims*, 7, 1, p. 29 - 40.
- Dutton, D. y Painter, S. (1993). The battered woman syndrome: Effects of severity and intermittency of abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63, 614-622.
- Echeburúa E, de Corral P, Amor PJ, Sarasua B, Zubizarreta I. (1997). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: un estudio descriptivo. *Rev Psicopatol Psicol Clin*; 2: 7-19.
- Echeburúa, E. (2004). Tratamiento del agresor doméstico. En J. Sanmartín (Ed.). *El laberinto de la violencia. Causas, tipos y efectos*. Barcelona. Ariel.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI Editores.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2002). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI Eds.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2004). Violencia doméstica: ¿es el agresor un enfermo? *Formación Médica Continuada*, 11, 293-299.
- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1997b). Tratamiento cognitivo-conductual de hombres violentos en el hogar: un estudio piloto. *Análisis y Modificación de Conducta*. 23, (89), 355-384.
- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (2002). Hombres Maltratadores. En E. Echeburúa y P. De Corral: *Manual de Violencia Familiar*. Madrid, Siglo XXI Eds.

- Echeburúa, E., De Corral, P., Sarausa, B., Zubizarreta, I. y Sauca, D. (1991) *Malos tratos y agresiones sexuales. Lo que la mujer debe saber y puede hacer*. Vitoria, Servicio de Publicaciones del Instituto Vasco de la Mujer.
- Echeburúa, E; Amor, P. J. y Corral, P. (2002). Mujeres maltratadas en convivencia prolongada con el agresor: variables relevantes. *Acción Psicológica*, 1, 135-150.
- Echeburúa, E; Amor, P.J. y Fernández-Montalvo, J. (2002). *Vivir sin violencia*. Madrid. Pirámide.
- Echeburúa, E; Corral, P; Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1996). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático en víctimas de maltrato doméstico: un estudio piloto. *Análisis y Modificación de Conducta*, 85(22), 627-654.
- Echeburúa, E; Del Corral, P; Sarausa, B; Zubizarreta, I. y Sauca, D. (1992) *Malos tratos y agresiones sexuales. Lo que la mujer debe saber y puede hacer*. Vitoria, Servicio de Publicaciones del Instituto Vasco de la Mujer.
- Echeburúa, E; Fernández-Montalvo, J. y De la Cuesta, J.L. (2001). Articulación de medidas penales y psicológicas en el tratamiento de los hombres violentos en el hogar. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*. 1, 19-31.
- Eckhardt, C. (1997). "Anger and hostility in manitally violent men": Conceptual distinctios, measurement issues, and literature review, *Clinicl Psychology Review*. 17(4)360-365.
- Ellis, A. y Grieger, R. (eds.) (1981) *Manual de Terapia Racional-Emotiva*. Bilbao: DDB
- Ellsberg, M. (1996). *Confites en el infierno: prevalencia y características de la violencia conyugal hacia las mujeres en Nicaragua*. Managua: Asociación de Mujeres Profesionales por la Democracia en el Desarrollo.
- Elster, J. (1979). *Ulysses and the sirens*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Elster, J. (1985). *The multiple self*. Cambridge: Cambridge University Press and Universitetfarlaget AS (Norwegian University Press).
- Fábregas, J.J. y García, E. (1995) *Técnicas de Autocontrol*. Madrid, Alhambra Longman (autoayuda).
- Feazell, C. S., Mayers, R.S. & Deschner, J.P. (1984). Services for men who batter: Implications for programs and policies. *Family Relations*, 33, 217- 223.
- Feldman, M. y Thomadsen, N. (1991). *At the Boundaries of Law: Feminism and Legal Theory*. Nueva York: Routledge Press.

- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997^a) Variables psicopatológicas y distorsiones cognitivas de los maltratadores en el hogar: un análisis descriptivo. *Análisis y Modificación de Conducta* 23 n°88, pp:151-180.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997^b) Tratamiento cognitivo-conductual de hombres violentos en el hogar: un estudio piloto. *Análisis y Modificación de Conducta* v.23, n°89, pp:355-384.
- Ferreira, G. (1989). *La Mujer Maltratada*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Ferrer, V. A. y Bosch, E. () Violencia de género y misoginia: reflexiones psicosociales sobre un posible factor explicativo. En *Papeles del Psicólogo*, 75, 13-19.
- Ferrera, G. (1996). *La Mujer Maltratada: un estudio sobre las mujeres víctimas de violencia doméstica*. México: Hermes.
- Finkelhor, D. y Yllo, K. (1985). *License to Rape: Sexual Abuse of Wives*. Nueva York: Free Press.
- Fiorenza, A. y Nardone, G. (2004). *La intervención estratégica en los contextos educativos: comunicación y problem-solving para los problemas escolares*. Barcelona: Herder.
- Fisch, R; Weakland, J. y Segal, L. (1984). *La Táctica del Cambio*. Barcelona: Herder.
- Fischbach, R. L. y Herbert, B. (1997). Domestic violence and mental health: correlates and conundrums within and across cultures. *Social Science and Medicine*, 45, 1161-176.
- Follete, V. (1992). "Dating violence: Current and historical correlates. *Behavioral Assessment*". 7 (1) 39-52.
- Follingstad, D., Brennan, A., House, E., Polck, D. y Rutledge, L. (1991). Factors Moderating Physical and Psychological Symptoms of Battered Women. *Journal of Family Violence*, 6 (1), 81-95.
- Fontanil, Y., Méndez-Valdivia, M., Cuesta, M., López, C., Rodríguez, F. J., Herrero, F. y Ezama, E. (2002). Mujeres maltratadas por sus parejas masculina. *Psicothema*, 14, Supl., 130-138.
- Frank J. (1973). *Persuasion and healing*. Baltimore: Johns Hopkins University Press
- Gautier, L. (1996). "Assessment and treatment of couples with abusive male partners: Guidelines for therapist" en *Psychotherapy*. 33, 403-417.
- Gayford, J.(1975). Wife Battering, a Preliminary Survey of 100 Cases, *British Medical Journal*, 1, 194-197.

- Gleason, W. (1993). Mental Disorders in Battered Women: An Empirical Study, *Violence & Victims*, 8, (1), 53-68.
- Gobierno del Distrito federal, (2004). *Ley de Atención y Prevención de la Violencia Familiar*.
- Gobierno del Distrito federal, (2004). *Modelo de Atención Psicológica para las Unidades de Atención y Prevención de la Violencia Familiar*.
- Golding, J. M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14, 99-132.
- Goodman, L., Koss, M., Fitzgerald, L., Russo, N. y Keita, W. (1993). Male Violence against Women. Corrent Researche and Future Directions, en *American Psychologist*, 48(10), 1054-1058.
- Gornter, E., Berns, S. B., Jacobson, N. S., & Gottman, J. M. (1997). When women leave violent relationships: Dispelling clinical myths. *Psychotherapy*, 34, 343-352.
- Grana, N. (1990). *Contradizione e Incompletezza*. Napoli: Liguore.
- Haley, J. (1963). *Strategies of Psychotherapy*. Nueva York: Grune & Stratton.
- Haley, J. (1967a). *Advanced Techniques of Hipnosis and Therapy: the selected Papers of Milton H. Erickson*. Nueva York: Grune & Stratton.
- Haley, J. (1967b). "Toward a Theory of Pathological Systems". En Zuk G. y Boszormenyi-Nagy. *FamilyTherapy and Disturbed Families*. Palo Alto, Calif.: Science and Behavior Books.
- Haley, J. (1976). "Development of a Theory: A History of a Research. Project." en C. Sluzki y D. Ransom. Double Bind. The foundation of the communicational approach to family therapy. Nueva York: Grune & Stratton.
- Hamberg, L. (1997). "Cognitive Behavioral treatment of men who batter their partner's" en *Cognitive and Behavior Practice*. 4 (1), 147-169.
- Hamberger, L.K. y Hastings, J.E. (1988) Skills training for treatment of spouse abusers: an outcome study. *Journal of Family Violence*, 3, 121-130.
- Hamberger, L.K., Lohr, J.M. y Gottlieb, M. (2000). Predictors of treatment dropout from a spouse abuse abatement program. *Behavior Modification*, 24, 528-552.
- Harris, J. (1986) Counseling violent couples using Walker's model. *Psychotherapy*, 23, 613-621.
- Hasting, J. (1997). "Sociodemographic predictors of violence". *Psychiatric Clinic of North America*. 20/2 (323-335).

- Heise, L. (1994). *Violencia contra la mujer: la carga oculta sobre la salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Heise, L. y García-Moreno, C. (2002). Violence by intimate partners. En E. G. Krug, L. L. Dahlberg y J. A. Mercy (Eds.). *World Report on Violence and Health*. Ginebra: World Health Organization.
- Herr J. y Weakland J. (1979). *Counseling Elders and Their Families*. Nueva York: springer.
- Hiday, V. (1997). "Understanding the connection between mental illness and violence". *International Journal of Law and Psychiatry*, 20(4) 399-417.
- Holtzworth-Munroe, A. y Stuart, G. L. (1994). Typologies of male batterers: Three subtypes and the differences among them. *Psychological Bulletin*, 116, 476-497.
- Holtzworth-Munroe, A., Bates, L., Smutzler, N. y Sandin, E. (1997). A brief review of the research on husband violence. *Aggression and Violent Behavior*, 2, 65-99.
- Houskamp, B. y Foy, D. (1991). "The Assesment of Post- Traumatic Stress Disorder in Battered Women". *Journal of Interpersonal Violence*. 6, 367-375.
- Htun, M. (1998). "Women's Rights and Opportunities in Latin America." *Women's Leadership Conference of the Americas Issue Brief*. Cambridge, MA: Harvard University.
- Jacobson, A. y Richardson, B. (1987). Assault of 100 Psychiatric Impatients: Evidence of the need for routine inquiry. *American Journal of Psychology*. 144, 908-913.
- Jaffe, P., Wolfe, D., Wilson, S. y Zak, L. (1986). Emotional and psysical healths problems of battered women. *Canadiand Journal of Psychiatry*, 31(7), 625-629.
- Kantor, G., Jasinski, J. L., Aldarondo, E. (1994). Sociocultural status and incidence of marital violence in Hispanic families. *Violence and Victims*, 9(3), 207-222.
- Kaufman, M. (1993). *Cracking the armour: Power, pain, and the lives of men*. Toronto: Penguin Books.
- Kaufman, M. (1998). "La construcción de la masculinidad y la triada de la violencia masculina", *Violencia Doméstica*, México: CIDHAL/PRODEC/Centro de Documentación "Betsie Hollants".
- Keeney, B. (1991). *Estética del Cambio*. España: Paidós.
- Kielcot-Glaser, J. y Glaser, R. (1987). Psychosocial Moderators of Inmune Function. *Annual Behavioral Medicine*, 9, 16-20.
- Koss, M. y Heslet, L. (1992). Somatic consequences of Violence Againgst Women. *Archives of Family Medicine*. 1, 53-59.

- Koss, M., Goodman, L., Browne, A., Fitzgerald, L., Keita, G. y Russo, N. (1995). *No safe haven. Male violence against women at home, at work, and in the community*. Washington. APA.
- Koss, M., Koss, P. y Woodruff, W. (1991). Deleterious effects of criminal victimization on women's health and medical utilization. *Archives of Internal Medicine*, 151, 342-347.
- Kusher, M., Riggs, D., Foa, E. y Miller, S. (1992). Perceived Controllability and Development of Post-Traumatic stress Disorder in Crime Victims. *Behavior Research and the Rapy*. 31, 105-110.
- Larrain, S. & Rodriguez, T. (1993). Los orígenes y el control de la violencia doméstica en contra de la mujer. *Mujer, Salud y Desarrollo en las Américas* (Organización Panamericana de la Salud, org.), pp. 202-209. Washington: OPS.
- Larrain, S. (1994). *Violencia puertas adentro*. Santiago, Chile: Ed. Universitaria.
- Lewin, K. (1951). *Field Theory in Social Science: selected theoretical papers*. New York: Harper & Row.
- Lorente, M. (2001). *Agresión a la mujer: realidades y mitos. Mi marido me pega lo normal*. Barcelona: Ares y Mares.
- Lorente, M. (2004). *El rompecabezas. Anatomía del maltratador*. Madrid: Crítica.
- Lundy, M. y Grossman, S. (2001). Clinical research and practice with battered women. What we know, what we need to know. *Trauma, Violence, & Abuse*, 2, 120-141.
- Madanes, C. (1984). *Behind the one-way mirror*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Madanes, C. (1993). *Sexo, Amor y Violencia*. México: Paidós.
- Madanes, C. (1995) *The violence of man*. Jossey-Bass, San Francisco.
- Madanes, C. (2001). *Terapia Familiar Estratégica*. Argentina: Amorrortu.
- Maiuro, R., Cahn, T., Vitaliano, P., Wagner, B. y Zegree, J. (1998). Anger, hostility, and depression in domestically violent versus generally assaultive men and nonviolent control subjects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 17-23.
- Maldonado, M (1995). *Conflicto, Poder y Violencia en la Familia*. Santiago de Cali, Colombia: Universidad del Valle.
- Markman, H., Renick, F. Floyd, S. Stanley y Clements M. (1993). "Preventing marital distress through communication and management training". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; feb. 61 (1) 70-77.
- Matud, M. (2004a). Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada. En *Psicothema*, 16, 397-401.

- Matud, M. (2004b). *Diseño y validación de un programa de intervención psicológica con mujeres víctimas de maltrato por parte de su pareja*. Madrid: Instituto de la Mujer. Mimeo.
- Matud, M. P. (1999). *Impacto Psicológico del maltrato a la mujer: un análisis empírico*. Tenerife: Instituto Canario de la Mujer. Mimeo.
- Mc Cann, I. y Pearlman, L. (1990). *Psychological Trauma and the Adult Survivor: Theory, Therapy and Transformation*. Nueva York: Brunner Mazel
- Mc Closkey, L., Figueredo, A. y Koss, M. (1995). The Effects of Systemic Family Violence on Children Mental Health. *Child Development*, 66, 222-234.
- Medina, J. (1994). Perfil psicosocial y tratamiento del hombre violento con su pareja en el hogar. En E. Echeburúa *Personalidades violentas*. Madrid. Pirámide.
- Mihalic, S. Wofford y Elliott, D. (1997). "A social learning theory model of marital violence". *Journal of Family Violence*; mar. 21 (1) 21-47.
- Minuchin, S. (1991). *Calidoscopio familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Mitchell, R. y Hodson, C. (1993). Coping White Domestic Violence: Social Support and Psychological among Battered Women. *American Journal of Community Psychology*. 11, 629-654.
- Montalvo, B. (1973). "Aspects of Live Supervisión". *Family Process*. Vol. 12. 343-359.
- Montalvo, B. y Haley, J. (1973). "In Defense of Chile Therapy". *Family Process*. 12. 227-244.
- Morin, E. (1995). Introducción al pensamiento complejo. Barcelona: Gedisa.
- Morrison, A. y Orlando, M. (1999), "El impacto socioeconómico de la violencia domestica: Chile y Nicaragua", *El costo del silencio*, Andrew Morrison y María Loreto Biehi (comps.), Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- Murphy, C. y O'Leary, K. (1989). Psychological aggression predicts physical aggression in early marriage. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 579-582.
- Nadel, H. (1996). "The cicle of violence and victimization: A study of the school based intervention of a multidisciplinary youth prevention program". *American Journal of Preventive Medicine*, 12/5 suppl. (109-119).
- Nardone G. (2004). El arte de la estratagema. Barcellona: RBA Integral.
- Nardone G., Salvini A. (2000), "Lógica matemática y lógicas no ordinarias como guía para el problem solving estratégico". En P. Watzlawick y G. Nardone. *Terapia breve estratégica*. Barcelona: Paidós, 73-81.

- Nardone G., Verbitz T. y Milanese R. (2002). *Las prisiones de la comida*. Barcelona: Editorial Herder.
- Nardone G. (2002). *Psicosoluciones*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G. (1991). *Suggestione –Restrutturazione =Cambiamento*. Milan: Giuffre.
- Nardone, G. (1994). *Manuale di sopravvivenza per psico-pazienti*. Florencia: Ponte alle Grazie.
- Nardone, G. (1995). Brief strategic therapy of phobic disorders: a model of therapy and evolution research. En J. H. Weakland y W. A. Ray. *Propagations: 40 years of influence from the Mental Research Institute*. Nueva York: Hawthorn Press Inc.
- Nardone, G. (1996). *Brief strategic solution-oriented therapy of phobic and obsessive disorders*. Northvale, N.J.: Jason Aronson.
- Nardone, G. (1997). *Miedo, Pánico y Fobias: terapia breve*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1992). *El Arte del Cambio: trastornos fóbicos y obsesivos*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1999). *Terapia Breve: filosofía y arte*. Barcelona: Herder.
- Nardone G. y Portelli C. (2005). *Knowing Through Changing, The Evolution of Brief Strategic Therapy*. Carmarthen UK: Crown House Publishing,
- O'Hanlon, W. H. (1989). *Raíces Profundas*. Buenos Aires: Paidós.
- O'Hanlon, W. y Wilk, J. (1987). *Shifting contexts: The generation of effective psychotherapy*. New York: Guilford.
- O'Hanlon, W. y Weiner-Davis, M. (1989). *In search of solutions : A new direction in psychotherapy*. New York: Norton.
- O'Leary, K., Malone, J. y Tyree, A. (1994). Physical aggression in early marriage: prerelationship and relationship effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 594-602.
- Opazo, R. (1990). *Biblioterapia para el desarrollo asertivo*. Santiago, Chile: CEDICEP.
- Orava, T., McLeod, P. y Sharpe, D. (1996). Perceptions of control, depressive symptomatology, and self-esteem in women in transition from abusive relationships. *Journal of Family Violence*, 11, 167-186.
- Pagliaro, L. (1995). Should Canadian psychologists follow the APA trend and seek prescription privileges? Of course they should! *Canadian Psychology*. 36(4), 305 - 312
- Pakman, M. (1995). *Construcción de la Experiencia Humana*. Barcelona: Gedisa.
- Palazzoli, S.; Boscolo, L. Cecchin, G. y Prata, G. (1978). *Paradox and Counterparadox*. Nueva York: aronson.

- Papp, P. (1980). "The Greek Chorus and Other Techniques of Family Therapy". *Family Process*, 19, 45-57.
- Pascal, B. (1986). *Pensamientos*. España: Nueva Alianza.
- Pérez del Campo, A. (1995). *Una cuestión incomprensible. El maltrato a la mujer*. Madrid: Horas y Horas.
- Perrone, R. (1997). *Violencia y Abuso Sexual en la Familia*. México: Paidós.
- Popper, K. (1988). *Conocimiento objetivo*. Madrid: Tecnos.
- Popper, K. (1985). *Realismo y el objetivo de la ciencia*. Madrid: Tecnos.
- Powell, J. (1989) *¿Por qué temo decirte quién soy?* Santander: Ed. Sal Terrae.
- Procter, H.G. (2002). *Escritos esenciales de Milton H. Erickson*. Barcelona: Paidós.
- Pudry, F. y Nickle, N. (1981). Practice principles for working with groups of men who batter. *Social Work Group*, 4, 111-123.
- Rabkin, R. (1977). *Strategic Psychotherapy*. Nueva Cork: Basic Books.
- Ravazzola, M. (1997). "*Historias Infames: Maltratos en las Relaciones*". México: Paidós.
- Resnick, H., Acierno, R. & Kilpatrick, D. (1997). Health Impact of Interpersonal Violence. Section II: Medical and mental health outcomes. *Behavioral Medicine*, 23, pp. 65-78.
- Rivera y Díaz L (1995). Significado y Distribución del Poder en las Relaciones de Pareja. *Revista de Psicología Social y Personalidad*. XI, 2, 159-172.
- Roberts, G., Lawrence, J., Williams, G. y Raphael, B. (1998). The impact of domestic violence on women's mental health. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 22, 56-61.
- Rodríguez, M. (1990). *El papel del agresor en el problema de la violencia doméstica*. San Juan de Puerto Rico: Comisión para los Asuntos de la Mujer.
- Rondeau G., Gauvin M., Dankwort Y. (1989). *Les programmes québécois d'aide aux conjoints violents- rapport sur les 16 organismes existants au Québec*. Montréal: Ministère Santé et Services Sociaux.
- Rondeau, G. (1996) La intervención terapéutica con hombres violentos. *Las jornadas sobre la violencia de género en la sociedad actual*. Ponencias. Valencia.
- Rosenwater, L. (1985). Schizophrenic, Borderline or Battered? A Feminist Interpretation of Tests. En Rosenwater, L. y Walker, L. *Handbook of Feminist Therapy: Women's Issues in Psychotherapy*. Nueva York: Springer.

- Rosenwater, L. (1988). Battered or Schizophrenic? Psychological test can't Tell. En K. Yllo y M. Bograd. *Feminist Perspectives on Wife Abuse*. Nueva York: Guilford.
- Ross, S. (1996). Risk of physical abuse to children of spouse abusing parents. *Child Abuse and Neglect* 20, 589–598.
- Salvini A. (1995), Gli schemi di tipizzazione della personalità in psicologia clinica e psicoterapia. En G. Pagliaro, M. Cesa-Bianchi. *Nuove prospettive in psicoterapia e modelli interattivo-cognitivi*. Milano: Angeli.
- Sánchez, D. (2000). *Terapia Familiar: modelos y técnicas*. México: Manual Moderno.
- Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (2000). *Violencia en la pareja*. Málaga. Aljibe.
- Sarasa, B., Zubizarreta, I., Echeburúa, E. y Corral, P. (1994) Perfil psicológico del maltratador a la mujer en el hogar. En E. Echeburúa (Ed.) *Personalidades violentas*. Madrid, Pirámide.
- Sato, R. y Herby, E. (1991). Depresión and Post-traumatic Stress Disorder in Battered Woman: Consequences of victimization. *The Behavior Therapist*, 14, 151-157.
- Sato, R. y Herby, E. (1992). Correlatos of Depressive Symptoms Among Battered Women. *Journal of Family Violence*, 7 (3), 229-243.
- Saucedo, I. (1997). “aspectos sociales de la violencia”. En I. Martínez de Castro. *Género y violencia*. México: El colegio de Sonora/Secretaría de Salud del Estado de Sonora.
- Scarry, E. (1985). *The Body in Pain: The Making and Unmaking of the World*. Nueva York: Oxford Press.
- Selltz, C.; Jahoda, M.; Deutsch, M. y Cook, S. (1965). *Métodos de Investigación en las Relaciones Sociales*. Madrid:
- Siani, R. (1996). “Family, subject, and history from Bateson to psychotec games and family conflict models: Old limits and new directions in Italian family therapy”. *New Trend in Experimental and Clinical Psychiatry*, 12/2 (81-93).
- Simon, B., Stierling, H. y Winne, C. (1985). *The language of family therapy: a systemic vocabulary and sourcebook*. New York: Family Process.
- Soler, M. (2001). *Public opinion on youth, crime and race: A guide for advocates*. Washington, DC: Building Blocks for Youth.
- Sonkin, D. y Durphy, M. (1982). *Learning to live without violence: A Handbook for Men*. San Francisco: Volcano Press.
- Sonkin, D. y Durphy, M. (1989). Learning To Live Without Violence: A Handbook for Men, D. Sonkin y M. Durphy. *Volcano Press*, Volcano, CA. book

- Sonkin, D.; Martin, D. y Walker, L. (1985). *The Male Batterer: A Treatment Approach*. Nueva York: Springer Publ.
- Staats, A. y Heiby, E. (1985). Paradigmatic Behaviorism's Therapy of Depression: Unified, Explanatory and Heuristic. En S. Reiss y R. Bootzin. *Theoretical Issues in Behavior Therapy*. Nueva York: Academic Press.
- Stith, S. y Rosen, K. (1990). *Psicosociología de la violencia en el hogar*. Bilbao: D. D. B.
- Straus, M. y Gelles. R. (1990). "How Violent Are American Families? Estimates from the National Family Violence Resurvey and other studies." In M.A. Straus and R.J. Gelles (Eds.). *Physical Violence in American Families: Risk Factors and Adaptations to Violence in 8,145 Families*. New Brunswick, NJ: Transaction Press, 95-112.
- Suárez, S. (1994). Masculinidad y violencia. El trabajo con hombres violentos. En J. Corsi (Comp.) *Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Buenos Aires: Paidós.
- Sugarman, D. (1996). "Patriarchal ideology and wife-assault; a Meta-analytic review". *Journal of Family Violence*; 11(1) 13-40.
- Sullivan, D. (1990). *Personas en Crisis*. México: Pax.
- Traverso, M. T. (2000). *Violencia en la Pareja: La cara oculta de la relación*. Washington, DC: IDB bookstore.
- Unger, R. y Crawford, M. (1992). *Women and Gender. A Feminist Psychology*. Nueva York. McGraw-Hill.
- Villavicencio, P. Sebastián, J. y Ruiz, M. (1994). *Post-traumatic stress disorder and battered women*. Amsterdam: International Conference of Violence in the Family.
- Villavicencio, P. (1993) Mujeres maltratadas: conceptualización y evaluación. *Clínica y Salud* . 4, 215-228.
- Villavicencio, P. y Sebastián, J. (1999). *Violencia doméstica: su impacto en la salud física y mental de las mujeres*. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Vivian, D. (1997). "Relationship factors and depressive symptomatology associated with mild to severe husband to wife physical aggression" en *Violence and Victims*. 12(1) 3-18.
- Von Foerster, H. (1990). On constructing a reality. En P. Watzlawick, (1990). *La realidad inventada*. Milan: Gedisa

- Von Foerster, H. (1974). *Kybernetik einer Erkenntnistheorie*. En Keidel, W.; Handler, W. y Spring, M. *Kybernetik und Bionik*. Munich-Viena: Oldenburg.
- Von Glasersfeld, E. (1981). An introduction to radical constructivism. En P. Watzlawick. *Die erderrfundene wirklichkeit*. Munich: Piper & Co. Verlag.
- Von Glasersfeld, E. (1995). *Radical constructivism*. London: The Falmer Press.
- Walker, L. (1979). *The Battered Woman*. Londres: Harper and Row.
- Walker, L. (1984) *The battered woman syndrome*. New York, Springer.
- Walker, L. (1987). Intervention with victim/survivors of interpersonal violence. En I. Weiner y A. Hess. *Handbook of forensic psychology*. Nueva York: Wiley and Sons.
- Walker, L. (1994). *Abused Women and Survivor Therapy*. Washington: A. P.A.
- Walters, M.; Careter, B; Papp, P. y Silverstein, O. (1991). *La red invisible*. México: Paidós.
- Watzlawick, P (1980). *El lenguaje del cambio: nueva técnica de la comunicación terapéutica*. Barcelona: Herder
- Watzlawick, P. (1990). *La realidad inventada*. Milan: Gedisa
- Watzlawick, P. y Nardone, G. (2000). *Terapia breve estratégica*. Barcelona: Paidós.
- Watzlawick, P; Beavin, J. y Jackson, D. (1999). *Teoría de la Comunicación Humana: Interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P; Weakland, J. y Fisch, R. (2003). *Cambio: formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.
- Weakland, J.; Watzlawick, P.; Fisch, R. y Bodin (1974). Brief Therapy: Focused Problem Resolution. *Family process*. 13.
- Wehner, D. (1988). *Working with Violent Men*. Australia: Clovelly Park Community Helth Centre.
- Weis, J. (1989). Family Violence Research Methodology and Design. In Family Violence, Volume 11, Crime and Justice, *An Annual Review of Research*, edited by Lloyd Ohlin and Michael Tonry. Chicago: University of Chicago Press.
- Weisinger, H. (1988). *Emotional Intelligence at Work*. San Francisco: Jossey Bass, CA.
- Whaley, J. (2001). *Violencia Intrafamiliar: causas biológicas, psicológicas, comunicacionales e interaccionales*. México: Plaza y Valdés.
- Whitahead, A. y Rusell, B. (1910-1913). *Principia Mathematica*. 3 vols. Cambridge: Cambridge University Press.

- Wickramasekera, I. (1986). A model of people at high risk to develop chronic stress related somatic symptoms: some predictions, *Professional Psychological Research and Practice*, 17, 437-447.
- Wiener, N. (1947). Time, Communications, and the Nervous system. En R. Miner. *Teleological Mechanisms. Annals of the New York academy of Sciences*, 50, 197-217.
- Wiener, N. (1967). *The Human use of Human Beings: Cybernetics and Society*. Nueva York: Avon.
- Wiener, N. (1975). *Cybernetics, or Control and Communication in the Animal and the Machine*. Cambridge: Massachussets Institute of Technology Press.
- Woffordt, S. (1994). "Continuities in marital violence". *Journal of Family Violence*. 9(3) 195-225.
- Zubizarreta, I, Sarasua, B., Echeburúa, E., Corral, P. Sauca, D. y Emparanza, I. (1994). Consecuencias psicológicas del maltrato doméstico. En E. Echeburúa *Personalidades violentas*. Madrid. Pirámide.

Anexo 1

Estructura Para el Trabajo Terapéutico del Mental Research Institute

Cual es el problema o queja?	
➤ Solicitar información clara y concreta.	
➤ Uso de preguntas que la persona pueda contestar con un si, un no o un no se.	
➤ Describirlo en una línea, una frase.	
➤ ¿Puedo ver lo que está haciendo?	
➤ ¿Puedo oír lo que está diciendo?	
➤ ¿Por qué piden ayuda a hora?	
➤ ¿Qué-hace-quien-a-quien-donde?	
Incorrecto: Mi hijo es un mentiroso patológico.	
Correcto: Mi hijo miente cuando lo interrogo.	
Intentos de solución	
➤ Número de diferentes cosas que el cliente u otra persona involucrada ha hecho o dicho para resolver el problema.	
➤ Establecer un tema común que dé sentido a los intentos y describirlo en una frase corta.	
Postura del cliente	
➤ Cual es el marco de referencia, valores:	Hacia el problema
	Hacia el mundo
Definición de Metas	
➤ Cual será la primera señal observable de que existe un progreso.	
➤ Describirlo en una oración que de manera específica señale una conducta.	
Estrategias terapéuticas	
➤ Giro de 180° de la temática principal del cliente.	
Tarea Específica	
➤ ¿Qué es lo que más fácilmente haría el cliente?	
➤ ¿Cuál es la sugerencia más sencilla que le podemos dar en vez de una compleja?	
➤ ¿Qué cosa dicha o hecha por el cliente representaría un apartamiento más evidente respecto de sus intentos de solución?	
Chequeo de la tarea (cuando la gente regresa y dice: “Lo hice pero todo sigue igual”)	
➤ ¿Lo hizo?	
➤ ¿Cómo lo hizo?	
➤ ¿Que observó cuando fue hecha?	
➤ ¿Qué ocurrió?	
➤ Evitar la postura de decepción cuando la tarea no es cumplida.	