

Intervención en Mujeres Víctimas de Violencia de Género. Experiencia de Psicoterapia Grupal en un Centro de Salud Mental

Intervention for Women Victims of Domestic Violence. A Group Therapy Experience in the Mental Health Services

Marisa López Gironés y Cristina Polo Usaola
Servicios Salud Mental de Hortaleza de Madrid, España

Resumen. Se presenta una experiencia de psicoterapia grupal con mujeres que han sufrido o sufren en el momento actual algún tipo de maltrato (psicológico, físico y/o sexual) por parte de sus parejas o ex parejas y que debido a este abuso presentan secuelas psicopatológicas moderadas o graves que hacen necesaria una intervención específica desde los Servicios de Salud Mental.

Palabras clave: violencia de género, mujeres maltratadas, psicoterapia de grupo

Abstract. We present a group therapy experience with women who have suffered or are suffering some kind of abuse (psychological, physical and / or sexual) by their partners or former partners and due to this abuse they present moderate or severe psychopathological sequelae that require a specific intervention from the Mental Health Services.

Keywords: gender-based violence, battered woman, group psychotherapy.

En las últimas décadas hay numerosos estudios que muestran la alta frecuencia de la violencia a la mujer en las relaciones de pareja y los efectos que en la salud mental produce. Desde el ámbito psicoterapéutico se han realizado distintos enfoques. Lundy y Grossman (2001) en una revisión de distintas investigaciones y práctica clínicas con mujeres maltratadas, citan más de 16 modelos de trabajo y destacan la eficacia de las intervenciones grupales. Los grupos dan la oportunidad a las mujeres de hablar sobre sus experiencias, proporcionan apoyo emocional, constituyen una oportunidad para construir nuevas redes sociales y les permiten aprender nuevas estrategias que han ayudado a otras participantes.

En nuestro medio, Echeburúa (1998) ha desarrollado en distintos trabajos formas de intervención con hombres maltratadores y mujeres maltratadas. En relación con la intervención en mujeres, describe programas con un tratamiento combinado que consta de 9 sesiones individuales y 8 grupales, que se desarrollan en un periodo de 12 semanas. Como objetivos principales señala la facilitación de la expresión de emociones, reevaluación cognitiva de los sesgos presentados por las mujeres y la enseñanza de habilidades específicas de afronta-

MARISA LÓPEZ GIRONÉS es psicóloga clínica en los Servicios Salud Mental de Hortaleza, Madrid. CRISTINA POLO USAOLA es psiquiatra y jefa en los Servicios Salud Mental de Hortaleza, Madrid.

La correspondencia sobre este artículo debe enviarse a la primera autora al e-mail: mgirones1@gmail.com

miento para abordar la situación de maltrato. Desde una perspectiva cognitivo conductual, el grupo de Labrador (2004) propone dos programas: de acción inmediata, para actuación en situaciones de crisis y de tratamiento. El primero se realiza en dos o tres sesiones de dos horas de duración y consta de varias fases: expresión emocional, valoración de peligrosidad, implementación de estrategias urgentes de afrontamiento, evaluación psicológica y diseño de plan de seguridad individualizado. El programa de tratamiento incluye más sesiones y se realiza para disminuir los síntomas de estrés postraumático.

Pilar Matud (2004) describe un programa de tratamiento que consta de 10 sesiones y combina técnicas cognitivo conductuales con otras de perspectiva socio estructural. Dentro de un abordaje psicoterapéutico de orientación feminista, Bosch y Ferrer (2006) proponen una intervención que denominan “modelo del laberinto”. Este modelo hace referencia al entramado que representa una relación afectiva de estructura patriarcal, con la historia, cultura, mitos y creencias que comporta, en el que entrar es fácil porque viene reforzada por mandatos tradicionales de género (amor, vida familiar, cuidados, responsabilidades domésticas, etc), y del que es muy difícil poder salir sin la intervención de factores favorables diversos. Según este modelo, la psicoterapia actuaría desde dentro hacia fuera, es decir, analizaría primero la situación de la mujer dentro de la relación de abuso y ésta en el contexto de la sociedad patriarcal en el que ocurre. La prevención se realizaría en sentido inverso, desde fuera hacia dentro: planificando a través del reconocimiento de los principios de la sociedad patriarcal que permitirá analizar las características de abuso de una relación y poder huir de ellas. La intervención grupal que proponen incluye once sesiones de dos horas de duración. En cada una de las sesiones hay una primera parte informativa con temas definidos y una segunda de libre expresión en la que los terapeutas, por medio de preguntas y moderando el turno de intervención, centran el tema. Entre los temas a tratar se incluyen, entre otros, roles y normas asignados, razones que originan que una relación amorosa derive en otra de violencia, incremento del sentido de la propiocepción y uso del tiempo, modelo ideológico patriarcal, etc.

En una descripción sobre un modelo de intervención grupal psicoeducativo, Inmaculada Romero (2004) describe como elementos clave para conceptualizar y abordar la violencia de género, el desvelar la naturalización e invisibilización de esa violencia y los mandatos de género femeninos. La intervención que describe consta de 24 sesiones e incluye grupos cerrados de 6 a 8 mujeres. Los temas que se trabajan son: manifestaciones de los malos tratos, estereotipos femeninos y masculinos, diferencias de género, dinámica de las relaciones violentas, ciclo de la violencia, secuelas del maltrato, hombres violentos, mitos y creencias equivocadas, repercusiones de la violencia en los hijos/as, la familia de origen y claves de detección de riesgo.

Desde nuestro punto de vista, sea cual sea el modelo de intervención que realicemos, resulta imprescindible la inclusión de la perspectiva de género en mujeres maltratadas. El desconocimiento de la construcción de los géneros y su relación con problemas relacionados con los vínculos abusivos, produce riesgos de malas intervenciones. Coincidimos con Leonore E. A. Walker (1994), en que la psicoterapia tradicional debe modificarse de modo que tenga en cuenta el impacto específico del trauma y la teoría feminista. Ella sugiere una nueva intervención que denomina “Survivor therapy”. Los principios más relevantes de su intervención son: la seguridad de la mujer, 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 el que la mujer tome sus propias decisiones.

NUESTRA EXPERIENCIA

La idea de crear grupos de terapia para mujeres maltratadas con secuelas psicopatológicas surge después de un amplio recorrido en este campo por un grupo de profesionales del Centro de Salud Mental de Hortaleza. Inicialmente, a mediados de los años 90, nuestro interés se focalizó en incrementar la detección de este fenómeno y obtener datos de prevalencia en mujeres que acudían a nuestras consultas (Polo, 2001). Posteriormente, y a través de la metodología de grupos de discusión, intentamos aproximarnos a modelos explicativos que sir-

vieran para entender el mantenimiento de la mujer en una relación de maltrato, ver Escudero, Polo, López y Aguilar (2005a).

Aunque la intervención, salvo la experiencia ya citada con grupos de discusión, la realizamos inicialmente de modo individual, en los ocho últimos años hemos añadido intervenciones grupales. Los grupos que realizamos en el Centro de Salud Mental de Hortaleza son abiertos en el tiempo y tienen una duración semanal de una hora y media. Los coordinan una psicóloga y una psiquiatra. El número de componentes oscila entre ocho y diez mujeres. Éstas son derivadas por los distintos profesionales del equipo de Salud Mental y, para su inclusión, las terapeutas del grupo mantienen una entrevista individual con las mujeres. Todas las pacientes incluidas han sufrido o sufren en el momento actual algún tipo de maltrato por parte de sus parejas y presentan secuelas psicopatológicas moderadas o graves secundarias a ese abuso que hacen necesaria una intervención específica desde los Servicios de Salud Mental.

Al ser un grupo abierto, participan mujeres en distintos momentos evolutivos en relación con la violencia y con diferentes grados de visibilización en relación con la misma. Nuestra forma de intervención psicoterapéutica en mujeres víctimas de violencia incluye un modelo centrado en la comprensión de la violencia de género como vivencia traumática incorporando perspectiva de género.

Como ya hemos descrito en otros momentos, Polo y López (2007) y Escudero y Polo (2006) pensamos que el denominador común del trauma psicológico es un sentimiento de miedo, indefensión, pérdida de control y amenaza de aniquilación. En el caso de las víctimas de violencia de género, el trauma prolongado y repetido daña profundamente la personalidad de las víctimas, y éstas pueden sentir que han cambiado irrevocablemente o pueden perder para siempre la sensación de su propio yo. Es ésta, la pérdida de identidad, que lleva asociada un deterioro en la capacidad de vincularse, lo que consideramos un elemento crucial en la afectación de la psique de la mujer maltratada.

Teniendo en cuenta que en el caso de las situaciones traumáticas se produce la ruptura de distintos elementos estructurantes básicos de las personas (confianza en uno mismo, creencia en la bondad de los otros, posibilidad de establecer vínculos afectivos significativos, etc.), trabajar las situaciones traumáticas desde un modelo que se basa en establecer vínculos con otras personas que han pasado por una situación similar, puede resultar especialmente significativo y útil. Así, al renovar conexiones con otras personas, como indica Pérez-Sales (2006) las víctimas pueden reconstruir facultades psicológicas dañadas o deformadas por la experiencia traumática.

A lo largo de las intervenciones psicoterapéuticas grupales, el objetivo general es crear un espacio que permita a las mujeres visibilizar la naturaleza de su relación abusiva, ayudarlas a superar la negación, culpa y otras secuelas psicológicas que el maltrato les ha producido y de este modo trabajar la reconstrucción de su identidad. Para ello también será necesario movilizar los recursos psíquicos que posee y que le permitirán, junto a la restitución de su red social, pasar de la situación de víctima a la de superviviente. El desarrollo de este objetivo se va a producir abordando en distintos momentos del tratamiento algunos de los aspectos que describiremos a continuación. Hay muchos elementos comunes a los tratados en las intervenciones individuales que ya hemos descrito en otros lugares, Polo y López (2004) pero en el formato grupal hay que tener especial cuidado en la etapa de reconstrucción de la experiencia traumática. En este sentido, es fundamental respetar las particularidades de cada mujer, sin presionar ni forzar aquello que ella no desee hacer en un contexto grupal.

A continuación pasaremos a relatar algunos de los aspectos a tratar en las intervenciones e incorporaremos viñetas clínicas y frases de mujeres participantes y comentarios relacionados con nuestra experiencia.

Visibilización e identificación a partir del relato de las mujeres de los distintos tipos de maltrato a los que están o han estado sometidas

Es frecuente que en las primeras asistencias al grupo las mujeres tengan dificultades para visibilizar la naturaleza de su relación violenta y tiendan a minimizar los efectos de la misma. En muchas ocasiones, tras relatos

en los que se desprenden situaciones de extrema violencia a ojos de las demás miembros del grupo, la mujer que expone su vivencia, minimiza o niega ser objeto de abuso y tiende a justificar a su agresor. El que sean otras mujeres participantes, y no las terapeutas, las que señalen la “anormalidad” de lo que les sucede, puede servir para una mayor visibilización de lo ocurrido. En ocasiones, esta minimización produce malestar y rabia en otras mujeres que ya han sido capaces de visibilizarlo y están en otro momento del proceso. En cualquier caso, las terapeutas debemos estar atentas a los intentos de obviar o minimizar el abuso por parte de cualquier integrante del grupo teniendo la responsabilidad de transmitir un mensaje claro: la fuerza y la coerción no pueden justificarse en modo alguno.

En la minimización del maltrato hemos observado que juega un papel muy importante la justificación que las mujeres hacen de sus parejas, asociando la violencia que ellos presentan con “algún tipo de enfermedad mental”. Esto ocurre especialmente en las primeras sesiones. Es frecuente que las mujeres recién incorporadas al grupo tiendan a introducir temas relacionados con “buscar explicaciones” a lo ocurrido relacionadas con la “patología” de su pareja. Esta actitud coincide con las explicaciones que en algunas encuestas a población general se han realizado al preguntar sobre causalidad del maltrato. Los máximos porcentajes de atribución consideran que las causas de la violencia de género están en el alcohol, drogas, celos, problemas laborales del agresor, falta de control de impulsos o existencia de enfermedades mentales, Montero (2008).

Hemos observado que es necesario explorar detenidamente los sentimientos de miedo, amenaza y peligro ya que las mujeres, inicialmente, presentan dificultad para hacer conscientes y verbalizar estos temores. Mientras se establece la sensación de seguridad, las relaciones de las víctimas pueden oscilar entre intentar estar siempre acompañadas o aislarse por completo. Es importante revisar el tipo de apoyos que reciben de personas cercanas, asegurándonos que serán apoyos emocionales, de protección y de ayuda práctica y no un foco potencial de peligro. En muchas ocasiones, la familia y el entorno próximo minimizan las conductas abusivas y responsabilizan a la mujer de dramatizar o confundir el problema. En esta minimización por parte del entorno influye la dificultad de la mujer para aceptar la situación vivida y el miedo a que sus familiares y amigos dejen de apreciar a su pareja cuando ella no se ha planteado aún la ruptura. A éstos también les resulta difícil entender la ambivalencia de la mujer al hablar de él, sus intentos en defenderle y sus manifestaciones de amor hacia él.

En una ocasión preguntamos a mujeres que ya habían roto con sus parejas que actitud hubieran preferido que tuvieran personas cercanas afectivamente a ellas para ayudarlas. Algunas de las respuestas fueron:

“Me hubiera gustado que me sacaran de allí aunque yo no hubiera querido...” “Sobre todo que no me hubieran dicho nunca que él me quería...” “Lo más importante es notar apoyo pero es cuestión de que tú estés convencida...te digan lo que te digan si tu quieres buscar algo bueno lo vas a encontrar...”

Aunque existen algunos tipos de maltrato que se identifican más claramente, en algunos casos sólo tras el relato de otras mujeres se hace consciente la naturaleza de las múltiples posibilidades abusivas. En este proceso, resulta útil que la mujer contacte con motivaciones, afectos y actividades que daba por perdidas tras la relación, en muchos casos sin habérselo planteado.

Concha, una mujer participante en el grupo, separada desde hace un año, señala sentirse avergonzada por su dificultad para hacer cosas que ella considera “normales”: “No soy capaz de salir a comprar ropa, ni libros, ni ponerme adornos... a él no le gustaba y me siento insegura, creo que alguien va a venir detrás...no puedo oír la música que me gustaba...” “Me doy cuenta que no puedo hacerlo ahora, antes ni lo podía pensar...pesaban más otras cosas”

Hemos observado que cuando predominan las agresiones físicas y el miedo a perder la vida, hay mayor facilidad tras la ruptura para identificar maltrato en las demás participantes. Si la mujer no ha percibido riesgo vital es más difícil que tome contacto con el daño subjetivo, a veces se percibe más al oír el relato de las demás.

Expresión de sentimientos, afectos y síntomas relacionados con la experiencia abusiva

Teniendo en cuenta que el contexto en el que realizamos nuestra intervención es un Centro de Salud Mental, es frecuente que las mujeres piensen que la intervención psicoterapéutica se produce porque ellas presentan de forma primaria un trastorno mental. Es habitual que se definan a ellas mismas como “enfermas mentales”, “locas”, etc. calificativos que con frecuencia utilizan los maltratadores y que ellas interiorizan.

Algunas de ellas relatan cómo en intervenciones anteriores individuales o de pareja, los profesionales han señalado que su pareja no tenía síntomas de enfermedad mental y, por tanto, no necesitaba tratamiento alguno, pero ellas sí en relación con sus síntomas. Esta designación puede ser vivida por la mujer como la confirmación por parte de profesionales de su rol de enferma, algo que, por otro lado, utiliza con frecuencia su pareja para definirla. Como ya hemos señalado en otros artículos, uno de los insultos más frecuentes usados por agresores es el de “loca”. Escudero, Polo, López y Aguilar (2005b).

Son derivados para entrevista de pareja Juan y Carmela. Ella fue inicialmente derivada por su médico de Atención Primaria a una psicóloga por sintomatología depresiva. Durante la entrevista de pareja, se pone de manifiesto que existe una situación de abuso psicológico prolongado en el tiempo de Juan a Carmela. Este abuso incluye humillaciones, descalificaciones, insultos, restricción en acceso a decisiones diversas... Además, Juan expresa su desacuerdo a acudir a cualquier tipo de terapia, él niega causar daño alguno a Carmela y designa a su mujer como “enferma” e “histérica”. Al realizarles la devolución, señalamos la indicación de que Carmela continúe tratamiento individual en relación con su malestar, pero dada la falta de demanda y de negativa de malestar subjetivo de Juan y de minimización de daño relacional, señalamos que en este momento no vemos indicación de tratamiento de pareja ni individual de Juan. Esta indicación fue vivida por Carmela con gran malestar, manifestó su desacuerdo con la indicación y refirió sentirse nuevamente señalada como la “loca” por los terapeutas y necesitada de tratamiento.

Este ejemplo nos muestra como nuestras intervenciones, si no se matizan con claridad, provocan que las mujeres vivan nuevamente su designación como enfermas como una acusación. En otros casos, sin embargo, los profesionales señalan la necesidad de tratamiento psicológico o psiquiátrico en el agresor o tratamiento de pareja. En cualquier caso, consideramos que lo importante es que las distintas indicaciones terapéuticas se realicen desde un lugar que permita a la mujer no sentirse nuevamente designada y culpabilizada. En el caso de que a su pareja se le hubiera indicado la conveniencia de recibir tratamiento, conviene explicitar que esto no exime de responsabilidad a la misma.

Los síntomas que presenta la mujer (ansiedad, depresión, trastorno por estrés postraumático, etc.) tienen un significado distinto si se consideran secundarios a un contexto de violencia. La tristeza, los sentimientos de desvalorización y minusvalía y la falta de autoestima, pueden entenderse como la consecuencia natural de una situación en la que la mujer se ha sentido durante mucho tiempo descalificada, humillada y agredida. En muchos casos, la tristeza es más acusada cuando las mujeres visibilizan su situación y son conscientes del autoengaño al que habían estado sometidas. Antes de que ellas puedan haber desvelado su situación, suelen ser frecuentes esperanzas de cambio (de él o de ella) que, junto a los periodos de “luna de miel” y a la energía necesaria para mantenerse alerta ante situaciones de riesgo, hace que sea más difícil identificar el sentimiento de tristeza.

“Lo que más tristeza me produce no es lo que me ha hecho sino darme cuenta ahora que él no va a cambiar...creo que por eso estoy ahora peor...” “Creo que estaba anestesiada, no era capaz de sentir nada...”, “no era tristeza, era tener la sensación de estar muerta por dentro...”.

La culpa es uno de los sentimientos que más frecuentemente aflora en los discursos de las mujeres maltratadas. En las etapas iniciales, los sentimientos de culpa los relacionan con ser la causante de la violencia o con no haber sido capaz de haber mantenido una buena relación. Cuando la mujer hace consciente la naturaleza abusiva de su relación, puede culparse por no haber detectado el abuso, por haber elegido una pareja inadecuada o por no haber sido capaz de poner fin a esa relación. La culpa suele incluir también a los hijos (por permitir que vivan inmersos en un ambiente violento, por no haber sido capaz de frenar la violencia o no haber sabido romper la relación) y a familiares y amigos.

De forma paralela, va introduciéndose también la vergüenza como tema nuclear. A lo largo de las sesiones grupales, en aquellas mujeres que reanudan la relación con sus parejas maltratadoras observamos que la vergüenza y el miedo a ser juzgadas se extiende hacia las otras compañeras del grupo y hacia las terapeutas. Esto provoca en ocasiones el abandono del grupo. Para prevenir estas situaciones, las terapeutas señalamos en distintos momentos esta posibilidad (el retorno a la relación con el agresor). El hecho de que en el grupo las mujeres puedan relatar los aspectos positivos del reencuentro son elementos que favorecen el mantenimiento del espacio terapéutico. Es frecuente que expresen ambivalencia ante el deseo de volver y el miedo a hacerlo por la posibilidad de una nueva agresión. Cuando se producen este tipo de situaciones es frecuente que otras mujeres que se encuentran en otros momentos evolutivos, se dirijan a ellas intentando que puedan incorporar la parte negativa de la relación con él que en estas fases ellas tienen invisibilizada. Algunas participantes reexperimentan rabia e impotencia por la decisión de algunas mujeres a volver con sus parejas. Esto provoca a veces situaciones de gran tensión emocional en el grupo.

En cualquier caso, compartir tanto la culpa como la vergüenza son temas recurrentes en diferentes momentos evolutivos. Poder compartirlo con otras supervivientes, abre camino y suele dejar aflorar otros sentimientos como la rabia, ira, enfado, indignación e impotencia. En muchas ocasiones, el miedo y la relación de dominio ha tenido como consecuencia que la mujer no haya podido contactar con estos sentimientos. Esta dificultad de contacto, especialmente con los sentimientos de rabia, hace que algunas mujeres experimenten sentimientos de ambivalencia ante ese cambio de autopercepción de ellas mismas que rompe esquemas previos con los que se autodefinían. Validar y aceptar estos sentimientos en un entorno grupal también es un elemento importante en la recuperación. No hay que olvidar que la ideología de género no facilita la expresión de sentimientos próximos a la rabia.

“No quiero renunciar a como he sido... es como si para salir de esto tuviera que dejar de verme buena y tener que verme mala”. “...Y si me siento mala puede significar que él llevaba razón...”

Junto a los sentimientos de rabia y agresividad, que aparecen en algunas mujeres, pueden surgir sentimientos de desconfianza generalizada hacia el entorno. En estos momentos solemos introducir cuestiones que tienen que ver con el cambio de percepción del mundo secundario al impacto traumático. La unión de la desconfianza y el desequilibrio perceptivo secundario al esfuerzo prolongado por interpretar señales verbales y no verbales del agresor que sean compatibles con la idea y deseo que ellas tenían de lo que “debía ser” una relación afectiva, puede llevar a malinterpretaciones del entorno que pueden incluir las reacciones de ayuda.

“Era un lío, si mi familia insistía en que lo dejara, me volvía contra ellos, veía que no me ayudaban... y dejaba de hablarles... los veía como enemigos...” “Me siento como siempre observada, pienso que me he vuelto paranoica...”

Estas reacciones pueden incluir a las compañeras del grupo y a las terapeutas. Así, en algunas ocasiones cuando alguna de las mujeres señalaba con contundencia a otra que se encontraba en una situación de riesgo y que debía interrumpir la relación, podían surgir sentimientos de desconfianza y rechazo.

Integración de la experiencia traumática en la identidad

Tras sufrir el impacto traumático, las dificultades para dotar de significados las experiencias vividas y la disonancia que producen en el psiquismo de la mujer los confusos mensajes que recibe del agresor (humillaciones, amenazas, etc. alternando con manifestaciones de amor y arrepentimiento) favorecen la desintegración y fragmentación de su identidad. En relación a esto, una de las metas principales del trabajo terapéutico es la reconstrucción de la experiencia traumática con el fin de que la mujer pueda entender los efectos que los mecanismos usados por su pareja tuvieron en el significado que ella dio a sus vivencias, emociones y definiciones de sí misma y a sus relaciones con el agresor y con el mundo. La experiencia está muy marcada por elementos de confusión.

“Las prohibiciones no son directas... llegas a pensar que dejas de ver a la gente porque tú quieres, no porque él te lo prohíba...”

“Te hacen sentir que sin ellos no eres nada...pero también te dan a entender que te necesitan...”

Para reconstruir la imagen de ellas, es útil que revisen como se sentían y reconocían antes de la relación con él. Es frecuente que les cueste poner palabras a esta autodescripción y, en ocasiones, lo dejamos como tarea para sesiones sucesivas. A veces sugerimos que traigan algún objeto, fotografía, lectura, música, etc que sientan que definen una parte valorada de sí mismas por ellas. Tras la realización de este ejercicio una mujer participante comentó:

“ Yo traigo mi capacidad de oler, que la había olvidado...traigo el olor a tierra mojada....lo he vuelto a sentir...”

Esta construcción de la identidad es un proceso continuo que va a incluir también la incorporación de dimensiones relacionales sociales. Analizar y trabajar el impacto que el trauma ha tenido en el sistema de relaciones de la mujer y, por tanto, en sus distintas “identidades sociales”, va a ser un elemento crucial en el trabajo terapéutico. La importancia de la representación que en la sociedad tienen las víctimas va a ser también otro factor de influencia para la reconstrucción de su identidad. A veces se pretende que las víctimas supervivientes respondan a un determinado estereotipo radical que hace que la mujer tenga aún más dificultad para definir su identidad.

El proceso de reconstrucción de la experiencia es muy variable en cada mujer. En algunos casos, podemos tener la impresión de que la historia se relata de forma estereotipada, sin desvelar sentimientos asociados y de forma precipitada, lo que puede ocurrir como mecanismo de protección ante el dolor a volver a reexperimentar lo traumático. Otras veces observamos tendencia a la evitación de hechos traumáticos o a la aparición de momentos de gran angustia durante el relato. En cualquier caso, es importante no olvidar el principio básico de devolver el poder a la mujer, es ella quien toma la decisión de enfrentarse y narrar su experiencia, desempeñando las profesionales el papel de testigo y aliado. Aunque temíamos que el relato de la experiencia traumática en un entorno grupal pudiera producir desajustes emocionales por excesiva presión o, por el contrario, bloqueo en las demás integrantes del grupo, nos ha sorprendido favorablemente que en este punto, la mayor parte de las mujeres ayudan a la relatante a mantener un equilibrio en el ritmo del relato y a poner nombres a lo narrado.

En estos momentos la necesidad de conservar la seguridad debe sopesarse continuamente con la necesidad de enfrentarse al pasado. Evitar los recuerdos traumáticos lleva al estancamiento del proceso de recuperación, pero enfrentarse a ellos con demasiada precipitación, conduce a revivir el trauma de manera dañina. Si hay un empeoramiento importante de los síntomas durante la exploración activa del trauma, hay que considerarlo como una señal de que hay que ir más lento.

Las terapeutas debemos ser muy receptivas a las reacciones conductuales y fisiológicas sutiles. Es importante explicitar cuestiones que en otros contextos pueden parecer obvias, como por ejemplo, recordar que no hay obligación de responder o comentar aspectos que no desee.

Uno de los elementos que dificulta la reconstrucción narrativa de la experiencia traumática es el patrón intermitente en la relación conviviendo sentimientos de sentirse agredida con sentirse querida.

“Es como estar en una montaña rusa, te sientes en lo más alto como una reina y rápidamente caes a lo más bajo, a sentirte la más miserable...y siempre en función de él... de cómo esté, de lo que te diga...”

Intervenciones psicoeducativas

A lo largo de las sesiones y en relación con los temas emergentes que surgen, se van intercalando intervenciones psicoeducativas relacionadas con distintos temas: situaciones de riesgo, ciclo de violencia, la indefensión aprendida, el síndrome postraumático, los indicadores de violencia, la victimización secundaria, el amor romántico, estrategias frecuentes del hombre violento, mitos y creencias erróneas sobre víctimas, maltratadores y proceso de maltrato, etc.

Aunque inicialmente esta información la realizamos las profesionales, con el tiempo esta función la han ido asumiendo las mujeres que llevan más tiempo en el grupo, lo que contribuye a fortalecer su sentimiento de valía y capacitación. Una de las cuestiones que suele emerger desde las primeras sesiones es la tendencia a relacionar el abuso que ejerce su pareja con el hecho de que él tenga una enfermedad mental o que haya tenido dificultades en su infancia. Hemos observado también la utilidad de aportar bibliografía y de comentar películas sobre los temas tratados.

En relación con poder identificar lo que las mujeres interpretan como una relación afectiva deseable, pensamos que es fundamental a lo largo del proceso terapéutico, trabajar en la identificación de creencias y estereotipos existentes sobre la identidad y rol femenino, y la relación de estas creencias con el mantenimiento de una relación de maltrato. Se trataría de ir desvelando de forma conjunta con las mujeres, los significados de los llamados “mandatos de género” de la identidad femenina.

La forma de ser y de sentirse mujer está condicionada por un estereotipo de feminidad que incluye la atribución de una importancia fundamental a todo lo relacionado con lo emocional, con las relaciones interpersonales, con el afecto, los cuidados y el apego. Esta importancia no reside únicamente en la creación de estos vínculos, sino en la responsabilidad de su mantenimiento. Este tipo de socialización basado en el crecimiento relacional, va capacitando para atender y responder a los estados afectivos de otros. Así, el cuidado a los demás es un principio fundamental alrededor del cual se organiza la vida de las mujeres. Esto puede producir en ellas la adquisición de capacidades para reconocer las necesidades ajenas y hacerse cargo de ellas con más naturalidad y menos conflicto para su identidad personal. Servir a los demás es una forma de describir el modo básico en que se estructuran los vínculos de la mujer con los demás. Sin embargo, Miller (1979) indica que a menudo las mujeres carecen de capacidades para detectar sus necesidades propias. En el trabajo de estos aspectos nuestra labor como coordinadoras del grupo suele ser más activa que en otros. Incorporamos en los primeros momentos información, preguntas abiertas, etc. que dan paso al debate, inicialmente desde una perspectiva social y, más adelante, incorporándolo a una dimensión subjetiva. La necesidad de integrar en todos los momentos la perspectiva individual y la social nos parece uno de los retos más importantes en el trabajo con mujeres maltratadas.

En esta tarea pensamos que hay que ser especialmente cuidadosas en no desvalorizar conceptos como el altruismo, el cuidado a los demás y la importancia de las relaciones. Trabajar la importancia del autocuidado y la autonomía no lleva asociado el abandono de lo relacional. En esta línea, Emilce Dio Bleichmar (1990) señala que lo que llamamos “dependencia afectiva” que ha caracterizado de forma estereotipada a la mujer, es un

concepto peyorativo y descalificado. No es posible concebir una relación amorosa en la que no exista dependencia, entendiendo por dependencia la necesidad que tiene todo ser humano, por su condición de tal, de ser escuchado, comprendido y reconocido. En las mujeres el mantenimiento de las relaciones de pareja se produce, en muchos casos, por el mandato de preservar esa llamada “identidad femenina” que hace que si la mujer rompe la relación siente que falla de forma integral como persona. Para Bleichmar (1990), la salida a esta situación pasaría por ir incluyendo otros atributos de la feminidad que no sean el cuidado y el mantenimiento de la relación emancipándose de su propio imperativo femenino, que es estar al servicio y al cuidado de los demás.

En esta línea, en los grupos es tarea importante trabajar el autocuidado de las mujeres y la responsabilización de su equilibrio mental y emocional, sin sentir que esto no pasa exclusivamente por la vida amorosa y siendo parte activa en resolver su situación. En el caso de las mujeres maltratadas, el aislamiento al que es habitual que estén sometidas por su pareja, les hace que sea difícil tener otras fuentes de satisfacción e imágenes más valorizadas de ellas mismas. Hemos observado que la recuperación de las mujeres se produce de forma más satisfactoria a mayor número de identidades preservadas.

Reconexión con vida social

Empezamos a trabajar esta fase cuando vamos observando que contar la historia del trauma no despierta sentimientos tan intensos y que en el relato de la mujer van surgiendo otras demandas.

Una cuestión que suscita conflictos es la posibilidad de que surjan nuevas relaciones afectivas. Algunas mujeres verbalizan durante el grupo el miedo a la soledad y la idea de necesitar a otra persona para poder romper el vínculo con el agresor. Junto a éstas, otras expresan que creen que no va a ser posible reanudar otra relación de pareja, ya que creen que el temor y la desconfianza van a seguir marcando mucho tiempo sus vidas. Aquellas que tienen otra relación, manifiestan en muchas ocasiones, dudas y temores sobre la posibilidad de que la experiencia con el agresor les impida desarrollar una relación sana con otras parejas.

Otro tema recurrente en distintos momentos tiene que ver con las reacciones de los hijos que son muy variables. El miedo a hacer cosas nuevas y a tener que tomar decisiones suele aparecer también tras las rupturas e incluye distintos ámbitos.

Uso de técnicas psicodramáticas

Desde hace tres años, hemos incorporado técnicas psicodramáticas en las sesiones. El uso de estas técnicas requiere un caldeamiento previo con las técnicas habituales. A continuación se pide la elección de una escena que quieran representar. Si hay varias se realiza votación para seleccionar la más solicitada. En las mujeres maltratadas suelen surgir escenas en las que existe dificultad para poner límites a las exigencias del agresor. Son frecuentes situaciones de miedo escénico, dudas, incertidumbre... Es muy importante transmitir que lo esencial no es hacerlo bien ni reproducir los hechos históricos ocurrido de forma veraz sino la transmisión de como ellas lo recuerdan. Es frecuente que las mujeres maltratadas se autodefinan como incapaces de realizar la escena como ocurrió, se muestren inseguras, temerosas... Durante la representación se usan distintas técnicas añadidas: soliloquios, doblajes, espejo, esculturas e inversión de roles. En el caso de esta última técnica hay que tener especial cuidado con mujeres maltratadas que decidan realizar la inversión de roles con su agresor, ya que puede reforzar el proceso de identificación, justificación y fusión con el mismo.

En una sesión de grupo Azucena decide representar una escena del pasado que se había repetido en varias ocasiones a lo largo de su relación y que expresa que le hubiera gustado resolver de otro modo. Describe la llegada de su marido a mediodía. Ella tiene la mesa preparada para comer y es frecuente que

él haga comentarios desagradables en relación a la comida, al aspecto de ella, a su forma de hablar, etc. Estas actitudes hacen que Azucena se sienta bloqueada. Se le pide que describa la actitud, gesto de él, frases que podría decir... y que elija una compañera del grupo para representar ese papel. A partir de ahí comienza a desarrollarse la escena. Al principio, tras los insultos, reproches y golpes de objetos en la mesa de él, ella baja la mirada, llora, musita algunas palabras (“no, no”). Se pidió un soliloquio. A partir de ahí existen varias posibilidades: pedirle otra posible resolución de la escena, ¿qué le hubiera gustado decirle? ¿cómo le hubiera gustado actuar?. En este caso y dado el bloqueo de la protagonista, se optó por dar la posibilidad a otras mujeres del grupo de realizar doblajes. Una de ellas lo realizó dirigiéndose al agresor de forma temerosa, pidiéndole que no le tratara así, justificándose... A continuación se situó detrás de ella otra mujer que de forma vehemente se dirigió a él reprochándole lo que hacía, sin miedo aparente, decidida... Los dos doblajes permitieron que Azucena contactara y reconociera aspectos suyos que no había sido capaz de mostrar.

Hemos observado que ser testigo de situaciones de violencia (como nos ocurre a profesionales que trabajamos en este campo) lleva a que con frecuencia nos sobreidentifiquemos con la indefensión de las mujeres y no trabajemos suficientemente la necesidad de que vayan tomando conciencia de la responsabilidad subjetiva de las decisiones que van tomando en su proceso sin delegar la misma en las profesionales ni en otras compañeras del grupo.

Para finalizar, queremos poner de manifiesto una vez más que es imprescindible en cualquier tipo de abordaje en este campo que los profesionales realicemos una revisión profunda de nuestro sistema de creencias, prejuicios e ideología en torno al tema y de experiencias abusivas personales. Coincidimos con Bonino (2002) cuando expone que el problema de la violencia contra las mujeres es un tema que no puede abordarse “objetivamente”, de un modo alejado y ajeno a la persona que habla de él.

“La violencia es un problema del orden de lo subjetivo, lo cercano y lo no ajeno. Ella siempre nos toca de un modo u otro, como sujetos u objetos, violentos o violentados. No es ajena a quien la ejerce, se experimenta subjetivamente y se vive desde la propia historia”.

Referencias

- Bonino, L. (2002). Obstáculos a la comprensión y a las intervenciones sobre la violencia (masculina) contra las mujeres en la pareja. En Ruiz-Jarabo, C. y Blanco, P. (Ed.), *La prevención y detección de la violencia contra las mujeres desde la Atención Primaria de la Salud*. Madrid: Asociación Defensa de Sanidad Pública.
- Bosch, E. y Ferrer, V. (2006). *El laberinto patriarcal, Reflexiones teórico-prácticas sobre la violencia contra las mujeres*. Barcelona: Anthropos.
- Bleichmar, E. D. (mayo, 1990). Dependencias amorosas. En *Debates feministas*. Publicación de Jornadas de debate organizadas por la Comisión Anti-agresiones y coordinadora de grupos de mujeres de barrios y pueblos del movimiento feminista de Madrid, Madrid.
- Echeburúa, E. y De Corral, P. (1998). *Manual de Violencia familiar*. Siglo XXI. Madrid.
- Escudero, A., Polo, C., López, M. y Aguilar, L. (2005a). La persuasión coercitiva, modelo explicativo del mantenimiento de las mujeres en una situación de violencia de género. I: Las estrategias de la violencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 25 (95), 85-120.
- Escudero, A., Polo, C., López, M. y Aguilar, L. (2005b). La persuasión coercitiva, modelo explicativo del mantenimiento de las mujeres en una situación de violencia de género. II: Las emociones y las estrategias de la violencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 25 (96), 59-91.
- Escudero, A. y Polo, C. (2006). *La continuidad de cuidados en las mujeres víctimas de violencia de género*. En

- J. Leal y A. Escudero (Coords.), *La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental* (Colección Estudios). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Labrador, F. J., Rincón, P. P., De Luis, P. y Fernández Velasco, R. (2004). *Mujeres víctimas de la violencia doméstica. Programa de actuación*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- 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.
- Matud, M. P., Gutiérrez, A. B. y Padilla, V. (2004). Intervención psicológica con mujeres maltratadas por su pareja. *Papeles del psicólogo*, 88, 1-9.
- Montero, A. (2008). Psicología con agresores en violencia de género. En T. San Segundo (Ed.), *Violencia de género. Una visión multidisciplinar*. Madrid: Editorial Ramón Areces.
- Miller, J. B. (1979). *Hacia una nueva psicología de la mujer*. Barcelona: Argos.
- Pérez-Sales, P. (2006). Enfoque de grupo en la psicoterapia de situaciones traumáticas. En autor (Ed.), *Trauma, culpa y duelo. Hacia una psicoterapia integradora*. (pp. 408-426). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Polo, C. (2001). *Maltrato a la mujer en la relación de pareja: factores relacionales implicados*. (Tesis Doctoral). Facultad de Medicina. Universidad de Alcalá. Madrid.
- Polo, C. y López, M. (2007). Atención psicológica a la mujer víctima de malos tratos. *Revista Clínica en Atención Primaria*, 12. 1-9.
- Romero, I. (2004). Desvelar la violencia. Una intervención para la prevención y el cambio. *Papeles del psicólogo*, 88, 29-35.
- Walker, L. E. (1994). *Abused women and survivor therapy: a practical guide for the psychotherapist*. Washington: American Psychological Association.

Manuscrito recibido: 19/09/2013

Revisión recibida: 09/12/2013

Manuscrito aceptado: 12/12/2013