PSYKHE
2001, Vol.10, N° 2, 23-36

Copyright 2001 by Psykhe
ISSN 0717-0297

Apoyo Psicológico con Mujeres Maltratadas en su Relación de Pareja: Ilustración en un Caso Clínico

Psychological Support for Women Abused in Couple Relationships: Illustration in a Clinical Case

Andrea Machuca
Pontificia Universidad Católica de Chile

La violencia al interior de la familia ha sido asumida en los últimos diez años en Chile como un problema de salud mental de relevancia. La violencia en las relaciones de pareja constituye una expresión específica de dicho fenómeno.
El presente artículo recupera la experiencia terapéutica con mujeres agredidas por sus parejas desarrollada en el Centro Psicológico de la Pontificia Universidad Católica en el marco del programa de "Prevención y apoyo a la mujer, el niño y la niña maltratados", realizado entre los años 1992 y 1997. El trabajo terapéutico con mujeres agredidas requiere de un enfoque teórico y práctico específico, que será explicitado e ilustrado a través del relato de un caso clínico.

Family violence has been considered as a relevant mental health problem in Chile in the last decade. In this paper spousal abuse is presented as a specific expression of this phenomenon. The present paper presents the therapeutic experience of a woman who has been abused by her male partners. This clinical intervention was included in the "Program for prevention and support to abused woman and children", a community program carried out at Pontificia Universidad Católica de Chile, between 1992 and 1997. Therapeutic work with abused women requires a specific theoretical approach, which will be described and illustrated with a clinical case.

Introducción

El caso que será presentado corresponde a la atención terapéutica realizada con una mujer participante en el Programa de Prevención y Apoyo a la Mujer y al Niño y la Niña Maltratados. Dicho programa fue implementado entre los años 1992 y 1997 por el Consultorio Externo de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Este programa se planteó, a nivel primario, el desarrollo de estrategias destinadas a cambiar los modelos sociales basados en jerarquías de dominación por modelos solidarios de organización social donde las jerarquías sean de actualización de potencialidades de los distintos niveles de la organización, en función de maximizar el desarrollo de todo el sistema. A nivel secundario y terciario el programa suponía dar acogida a la mujer que está sufriendo el problema, generando estrategias de ayuda para la interrupción y salida del circuito de la violencia y para la reparación de los daños en la integridad personal y posibilidades de desarrollo.

El caso que se presentará hace referencia a la intervención de acogida y apoyo con una mujer que vive en una situación de violencia conyugal y al inicio de un proceso de reparación del daño y restauración de la integridad emocional y psicológica. El objetivo de la presentación es describir un proceso terapéutico tal cual este se fue sucediendo y articularlo con referentes teóricos y técnicos que dan cuenta de la especificidad de la intervención psicológica en situaciones de abuso conyugal.

La elección de priorizar la presentación de un proceso terapéutico por sobre un desarrollo teórico acabado acerca del tema de la violencia conyugal y la proposición de intervenciones posibles y exitosas, dice relación con poner énfasis en la subjetividad y la vivencia emocional de una mujer que está siendo maltratada por su pareja.

Considerando los avances teóricos y sociales en el tema de la visibilización del fenómeno de la vio-

Andrea Machuca, Centro Psicológico de la Escuela de Psicología.
La correspondencia relativa a este artículo deberá ser dirigida a la autora, Centro Psicológico, Pontificia Universidad Católica de Chile, Vicuña Mackenna 4860, Macul, Santiago, Chile. Fono: 686 4632 – 686 4633. Fax: 686 4632 – 552 7593. E-mail: amachuca@puc.cl

lencia conyugal, la construcción e implementación de estrategias de intervención social, legal y psicológica, la reflexión desde la subjetividad de los protagonistas de las historias aparece como un tema de gran relevancia desde la psicología clínica.

Presentación de la Mujer que Pide Apoyo Psicológico

Datos Demográficos

El caso que será ilustrado en el presente artículo corresponde a una mujer de 36 años, casada, con escolaridad media completa, dedicada principalmente al trabajo de dueña de casa y a trabajos remunerados ocasionales.

Motivo de Consulta Formulado

La paciente consulta "por una inquietud que tenía desde hace tiempo"[1], se refiere a que quiere ayuda para su marido y su hijo.

En relación a su marido le preocupa que él es "duro", "celoso", no consigue tener amigos y a veces no llega a la casa, sin que ella sepa donde está.

Al explorar acerca de a qué hace referencia, la paciente relata que su marido la ha golpeado varias veces, la última vez fue hace un año y el episodio es descrito por ella como "una gran golpiza", sin embargo se esmera en señalar que él "no es un golpeador" y explica las conductas de su marido "como que tuviera una tranca", "lo siento enfermo, no malo". Razones que lo eximen de responsabilidad a él.

Respecto a sus atribuciones y explicaciones del maltrato físico y emocional que él ejerce, cree que ello ocurre porque él mantiene un consumo importante de alcohol, señalando que "cuando está bueno y sano es cariñoso". Respecto a sus intentos de resolver la situación se refiere a algunas separaciones temporales, sin embargo describe que cada vez que ella ha intentado alejarse de él, surgen amenazas de suicidio y homicidio, él dice que podría matarla, ya sea si es que lo deja o la ve con otro hombre.

Además de la preocupación por su marido la paciente reporta una importante inquietud respecto a los hijos, teme "que se vayan o se metan en líos por salir de la casa", con lo cual hace referencia al daño que éstos habrían sufrido por las situaciones vividas en la familia, especialmente referidas a la violencia del padre.

Respecto a sus expectativas frente a la atención psicológica menciona, consistentemente con su petición: "que alguien entendido nos juntara y que los niños expresaran lo que sienten"..."tratar de entender al marido y usar las palabras correctas para que él entienda".

Vía de Acceso y/o Nexos para la Atención

De acuerdo al modelo de intervención en red en que se inserta el Programa en cuestión, las mujeres pueden acceder a la atención psicológica por medio de la derivación efectuada por alguno de los puntos de la red activados en la intervención comunitaria: Servicio Hospitalario de Urgencia, Consultorio de Atención Primaria, Carabineros, Oficina de la Mujer. En el caso expuesto, la paciente solicita inicialmente ayuda y orientación en la Oficina de la Mujer de la Municipalidad y luego de recibir una primera atención, es guiada al Centro Psicológico.

Antecedentes Familiares Relevantes

Actualmente, la paciente vive con su esposo y sus dos hijos, un varón de 18 años y una mujer de 16 años. La familia vive como allegada en la casa del padre viudo de ella desde que las dificultades conyugales la llevaron a ella a hacer abandono del hogar de la pareja.

Su marido la "buscó" en la casa del padre y se establecieron definitivamente ahí. Además en la casa vive su hermano menor con su propia familia, esposa y dos niños pequeños. La madre de la paciente murió de una enfermedad cuando ella tenía diez años. Ella es la hija del medio, la única hija mujer y desde entonces se hizo cargo del rol de "dueña de casa", se responsabilizó del cuidado de su padre y sus dos hermanos varones, asumiendo las labores asociadas a ese rol.

Historia de Pareja

La paciente conoció a su marido a los 15 años, fue su segundo pololo, "casi no tenía experiencias previas". Al referirse a ese tiempo, describe que "él era cariñoso", "me trató como mujer", "se preocupaba de hacer cosas (que me agradaran)". Señala que él cambió radicalmente después que se casaron.

---

[1] Los texto entre comillas son frases expresadas por la paciente.

Después de pololear dos años se casaron porque ella quedó embarazada, más allá de eso ellos ya habían hablado de la posibilidad de matrimonio.

La pareja está casada hace 18 años. Desde entonces sólo han vivido independientes los primeros seis meses en que las dificultades de la pareja fueron evidentes, el conflicto, las peleas y las agresiones de él se intensificaron. A la paciente la situación se le va volviendo intolerable de manera tal que decide irse a vivir donde su padre. Él fue tras ella y siguieron viviendo en la casa del padre, al respecto ella justifica su opción: "porque quería cuidarlos" (se refiere a su padre y sus hermanos).

Desde el punto de vista de la distribución de roles en la familia, la paciente "elige" seguir ejerciendo las labores heredadas a la muerte de su madre. De alguna manera no logra diferenciarse de ese mandato y permanece al lado de su padre, lo cual frecuentemente actúa como intensificador del conflicto y dificultades de la pareja.

A lo largo de los 18 años de matrimonio ha habido algunas separaciones temporales, definidas porque él se va por tres o cuatro días de la casa sin que ella sepa donde está, luego vuelve arrepentido por lo ocurrido, generalmente la agresión de él hacia ella, y "yo la tonta lo perdono".

Respecto al primer episodio de violencia física que ella registra, ocurrió al poco tiempo de casados y es explicada por él por celos en relación a un tío de ella.

Más allá de los episodios de golpes ocurridos en el tiempo de convivencia la dinámica de la violencia y la amenaza se mantiene, en las discusiones que pueden gatillarse por cualquier razón, ella está siempre atemorizada de las ofensas y los eventuales golpes de él.

Esta dinámica se ilustra también en que ella se siente de manera habitual rechazada afectivamente, despreciada por él. Ante el temor a las agresiones, físicas y verbales, la paciente intenta evitar las situaciones que pueden ser conflictivas, para esto ella intenta dialogar y/o evitar las discusiones, tiene mucho miedo a lo que pueda ocurrir, esencialmente al descontrol y desborde de la agresividad de él.

En la actualidad, y como evento recurrente en la dinámica violenta, el marido ha aceptado de palabra irse como parte de un acuerdo, sin embargo no es activo en generar las condiciones para que ello sea posible, "no busca (donde irse)", no hace los trámites necesarios para que ello resulte.

Por su parte ella también se plantea irse, sin embargo tiene mucho miedo por las amenazas de él, teme principalmente que él se dañe/mate. El miedo la paraliza en su intento de hacer algo distinto que interrumpa el ciclo violento.

En una parte importante su paralización se relaciona también con lo ambivalente que se siente ante él: quiere que se vaya pero también quiere ayudarlo, teme dejarlo solo y el daño que él pueda sufrir.

Por encima de la alternativa de la separación, que resulta por ahora muy amenazante para la paciente, lo que ella espera es un cambio en la relación, un cambio de él: quiere "que me deje de ofender, que no todo el tiempo me trate mal, que me deje trabajar".

Antecedentes Laborales

Como ya se ha señalado la paciente se ha dedicado desde muy niña a las labores de la casa, de mantención y cuidado de la familia, labor que hizo compatible con el cumplimiento de la educación formal obligatoria.

Después de salir del colegio, sólo ha realizado algunos trabajos esporádicos e informales, lo cual ella atribuye a las dificultades e impedimentos que opone su marido a cualquier intento suyo por trabajar fuera de la casa. El principal argumento de él tiene que ver con los celos y la oportunidad de ella de estar en contacto con personas externas a la familia. Actualmente la paciente trabaja en su casa tejiendo para una señora que luego comercializa las prendas y que le paga de acuerdo a lo que ella la va entregando, son por tantos ingresos monetarios menores e irregulares.

El Proceso Terapéutico

La paciente asistió regularmente a once sesiones, momento en que deja de asistir sin aviso alguno. De acuerdo a la modalidad establecida por el programa, atendiendo al riesgo vital inminente de las pacientes, es recontactada por telefonograma, asiste entonces a tres sesiones más.

Acerca de la Petición de Ayuda: Para Quién y Por Qué Consulta

El primer aspecto a analizar dice relación con el para quién o en beneficio de quién es que la paciente logra acceder a la ayuda psicológica, aquí resulta particularmente relevante su preocupación "por otros". Más que ponerse en el espacio terapéutico

como una paciente lo que ella hace es traer e ese espacio su preocupación por los principales miembros de su familia: su marido y sus hijos.

Al respecto, Cristina Ravazzola (1997), describe el proceso por el cual las mujeres llegan a preocuparse más por las necesidades de sus parejas y sus hijos, que por las propias, a costa de la postergación de la conciencia y satisfacción de sus necesidades. Su explicación se sitúa en el marco de la socialización diferenciada por género y el entrenamiento a la maternidad recibido por las mujeres.

De acuerdo a esta autora, la indefensión de la especie humana al nacer hace imposible que los "cachorros" se hagan cargo de sí mismos, los adultos deben asumir entonces hacerse cargo de sus necesidades. Las mujeres ligadas a la crianza por la función de amamantamiento son designadas socialmente para llevar adelante la conservación de las nuevas criaturas de la especie, ello les significa postergar sus propias necesidades en defensa de la cría y desarrollar su empatía, ternura, compasión por los más débiles e indefensos.

El supuesto de la crianza y de la relación de desigualdad existente entre niño y adulto-madre, es la transitoriedad que acompaña el proceso de crecimiento del primero, hasta que se vuelve capaz. Sin embargo existiría el fenómeno de que la disponibilidad de cuidar se torna ilimitada e incondicional, el condicionamiento de las mujeres hace que queden funcionando frente a otro como gatillante de reacciones de cuidado, olvidándose de sí mismas y sin capacidad de poner límites al abuso del que se las hace víctimas.

A través del trabajo, en el proceso de transformar el medio y ser transformado por él, se van conformando subjetividades. En el caso de las mujeres, la predominancia de la labor como madres y las labores reproductivas van determinando un modo de constituir subjetividad que está marcado por el peculiar vínculo madre-hijo, el cual se caracteriza por la proximidad, la intimidad, la dependencia y el imperativo del buen desempeño para resguardar la salud mental del hijo y de la madre (Burín, 1987).

La subjetividad de las mujeres, de acuerdo a las construcciones del género, queda impregnada del ser-para-otros y satisfacer las demandas emocionales de otros, alejándose progresivamente del contacto consigo mismas, del registro de lo que ocurre en sus emociones y en sus cuerpos, negando y anestesiando los propios signos y malestares.

En el caso ilustrado es muy claro cómo por sobre la detección de sus necesidades y daños recibidos en una situación de violencia conyugal, cobran relevancia las necesidades de su familia tanto al momento de realizar la consulta psicológica como en la vida cotidiana, de acuerdo a lo que ella relata.

Sin embargo, en su relato es posible revelar que los contenidos de la petición de ayuda si se refieren a ella, básicamente se puede decir de ella que es una mujer sometida a situaciones de sobrecarga en su rol y su vida cotidiana, lo cual se ilustra en su cansancio, sus síntomas angustiosos y somáticos (dolor de estómago, taquicardia, dolor de cabeza). Esta sobrecarga se ve dramáticamente intensificada en la dinámica violenta que la victimiza, donde su esposo es el agresor.

Al respecto Daskal (1990) señala entre las razones que enferman a las mujeres: las presiones y las sobrexigencias, las dificultades para desarrollar el cuidado de sí mismas, el sometimiento a situaciones violentas, la dedicación a otros sin poder constituir un proyecto personal propio, la poca autonomía y autoafirmación, la acumulación de malestares por lo que no se dice, la participación en situaciones de conflicto sin que éste sea reconocido sino que es vuelto bajo una forma de acusación a ella, la dificultad de conectar el malestar con condiciones concretas de producción de dicho malestar, y porque está socializada a criticarse ella, por frustración, desvalorización y falta de estímulos.

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

En la vida de la paciente el abuso adquiere, en su modalidad más explícita, la forma de violencia conyugal.

La violencia conyugal se ha definido como todas aquellas situaciones de abuso que ocurren al interior de una pareja y cuyas manifestaciones aparecen de manera cíclica y con intensidad creciente, de acuerdo al denominado ciclo de la violencia. Puede entenderse como un fenómeno social que se reproduce en el ámbito familiar, consensual o legal, y que consiste en el uso de medios instrumentales por

parte del cónyuge para intimidar psicológica, física, moral y sexualmente a la pareja (Larraín, 1994).

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

De esta manera, aunque el maltrato dirigido hacia la mujer se da en el ámbito privado de la familia, resulta fundamental situarlo en un contexto más amplio, el sistema autoritario y el sistema de género (Ravazzola, 1997). La cultura patriarcal impone un modelo de dominación basada en el control del hombre sobre la mujer, en que la violencia física no es sino una de las formas de control, que se ejerce cuando se ve amenazada la autoridad masculina.

En el ámbito privado la violencia conyugal mantiene una dinámica que ha sido descrita por Walker (1979) como el ciclo de la violencia. La relevancia clínica de esta conceptualización radica por una parte en que se constituye en una herramienta compresiva trabajable directamente con las pacientes y por otra parte en cualquier proceso terapéutico en violencia requiere pensarse como parte de esta dinámica y no como algo que ocurre por un camino paralelo a ella.

El "ciclo de la violencia", se desarrolla en tres fases que se reproducen y se repiten en el tiempo: acumulación de tensión, episodio agudo y reconciliación o luna de miel.

La fase de acumulación de tensión se caracteriza por la aparición de conflictos, enojos y reacciones violentas aisladas en la relación de la pareja. La mujer siente que ella puede controlar la situación en tanto haga todo aquello que impida que el hombre se enoje y golpee. Para sentir la situación bajo control, la mujer debe negar sus propias sensaciones de molestia y malestar y comienza a internalizar el razonamiento del agresor, aquel que atribuye la responsabilidad de la situación a faltas, errores o provocaciones realizadas por ella. La ocurrencia de dificultades es minimizada y se niega el conocimiento y la experiencia de que a esta tensión sobreviene el episodio de golpes. Progresivamente el control de la situación se va perdiendo.

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

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

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

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

En paralelo a este shock comienza la fase de luna de miel. El hombre sabe que se ha sobrepasado e intenta reparar, se siente culpable y lo hace saber, pide perdón y cree verdaderamente que nunca volverá a golpear. Cree también que la mujer ha aprendido la lección. En su arrepentimiento recurre a otras personas vinculadas con la pareja, como la familia de origen, quienes tienden a alinearse con el sufrimiento de él.

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

Acerca de su Condición Sintomática y Vital al Momento de la Consulta

Al momento de solicitar atención, la paciente describe por una parte sus preocupaciones acerca de su marido y sus hijos y por otra parte una situación conyugal y familiar que es común en los casos en que existe violencia en la pareja. No sólo describe la afectación y el sufrimiento personal sino que también una situación del entorno familiar que está marcado por la desintegración, el sufrimiento, el daño inducido por la dinámica violenta.

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

Respecto al impacto de esta situación en la vida de una mujer, la Organización Panamericana de la Salud ha señalado que la violencia contra la mujer en el ámbito de las relaciones de pareja injuria gravemente su salud y constituye un daño a su integridad psicosocial (OPS, 1993).

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

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

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

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

De esta manera, la mujer que llega a pedir ayuda lo hace en medio de una situación de crisis, desesperada y a la vez desesperanzada de lograr alguna solución. Sus expectativas son vagas, busca un alivio y muchas veces una solución mágica y rápida que termine con el dolor, pero que resguarde aquellos aspectos de su vida que ella valora y no desea cambiar. Se encuentra en medio de una situación familiar y social muy dañada, con dificultades en distintos ámbitos de su vida y una situación global tanto de aislamiento como de carencia de apoyos sociales estables. La vivencia de maltrato es una situación traumática que se repite en la vida de la mujer y donde el evento desencadenante -el o los episodios violentos- se mantiene presente a través de la dinámica abusiva (Machuca, 1996).

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

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

La Intervención Específica en Casos de Violencia Conyugal

De acuerdo a la experiencia clínica en el tema de la violencia conyugal, la intervención psicoterapéutica puede entenderse en dos momentos o dimensiones: la intervención en crisis o primer apoyo y la terapia de reparación y reinserción social.

El objetivo general de la intervención en crisis es restablecer la capacidad inmediata de enfrentamiento de la situación cotidiana.

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

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

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

   Finalmente la contención ligada a la estructuración de la experiencia implica también contextualizar lo que la mujer experimenta en cuanto a sensaciones, sentimientos y molestias o síntomas en la vivencia de una experiencia cotidiana dañina. Esto significa "despatologizar" los síntomas para entenderlos como una reacción a un contexto relacional que produce daño y alteraciones emocionales, es decir, el miedo, la humillación, la vergüenza, el desconcierto y otros son entendibles cuando se vive en medio de la violencia cotidiana.
3. Evaluar y reducir el riesgo: significa llegar a generar e instalar formas de protección para la mujer agredida y su familia, las cuales pueden ir desde cambios concretos en el entorno para evitar transitoriamente los golpes hasta la implementación de medidas de protección legal y social. En casos de violencia en la pareja es posible distinguir el riesgo vital tanto de quien es agredida como del agresor. Este riesgo está asociado tanto a la ocurrencia misma de los episodios de violencia como a la ideación suicida altamente asociada a esta situación.

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

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

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

   Desde otra vertiente, las amenazas de suicidio u homicidio por parte de la mujer agredida y/o por parte del agresor son otro factor significativo de riesgo. Las amenazas de homicidio por parte de quien es agredida forman parte a veces de intentos de defensa e igualación en la agresión que pueden conducir a una escalada violenta y por tanto a más riesgo.
4. Enlazar con otros recursos de ayuda: en la perspectiva de la necesidad de enfrentar la situación de la mujer maltratada en el contexto de una red de ayuda social, el primer apoyo debe insertarse en un conjunto de acciones en distintos ámbitos. Esto significa que quien realiza una intervención en crisis actúe de interfase para conectar a la mujer con sistemas de ayuda legal, social, de salud mental, grupos de ayuda y otros. En consideración al estado de crisis de la mujer, esta acción debe inscribirse en un proceso de derivación vincular, es decir, realizado en el marco de la acogida, contención y compromiso con la mujer, ello principalmente para evitar la sensación de ser expulsada y no ayudada por quien, en este caso continúa realizando el trabajo psicoterapéutico. Esta conexión debe incluir pistas específicas, como lugares, direcciones, personas, objetivos y debe ser clara y explícita en qué es esperable de cada instancia.

En el caso en que la intervención en crisis sea un contacto único con la paciente, el enlace con otros recursos de la red le da a esta intervención su verdadero carácter de ayuda limitada en el tiempo, el espacio y los objetivos que pretende cumplir.

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

Una vez que se han logrado los objetivos de la intervención en crisis, en independencia del número de sesiones que ello implique, estarían las condiciones mínimas necesarias para el trabajo terapéutico de reparación, el cual se plantea cuatro objetivos centrales:

1. Romper el círculo de la violencia, ya sea parando los golpes o acabando con las crisis. El objetivo terminal del proceso terapéutico es la eliminación de la experiencia de violencia de la vida de la mujer, la vía por la cual eso ocurra va a depender de aquellas soluciones que la mujer quiera implementar, cuáles de ellas se siente capaz de enfrentar y los recursos individuales y sociales con que cuente para ello. El logro mínimo en la consecución de este objetivo es que la mujer esté a salvo y sea capaz de protegerse, independientemente de las acciones de quien ejerce la agresión.
2. Generación de estrategias de protección concordantes con el riesgo y la necesidad de interrumpir el ciclo. Se refiere al primer paso en vías al cambio en la situación vital de la mujer y al resguardo de su integridad física y psicológica como un paso necesario para la recuperación y activación de sus recursos personales.
3. Activación de los recursos personales y sociales de la mujer, con vistas a la redefinición de la relación de pareja o a la salida de la mujer ese contexto relacional. En tanto la mujer se encuentra protegida de la violencia, concretamente a través de estrategias para ponerse a salvo si es que sobrevienen nuevas agresiones y simbólicamente, a través de la restauración de su dignidad y su acogida en un vínculo de ayuda no abusivo, puede activar recursos orientados a cambios y soluciones a mediano y largo plazo.
4. Individuación de la mujer, activación de recursos personales y proceso de revalorización que permita definir proyectos personales, mejorar calidad de vida y activar redes personales para interrumpir el aislamiento característico de estas situaciones. Constituye el objetivo más profundo y se orienta a restaurar las heridas que la vivencia de la violencia a dejado en la mujer, la concepción de sí misma y la recuperación de sus proyectos vitales a través de una comprensión profunda de lo que ha vivido, su dinámica, sus mecanismos reproductores e invisibilizadores y el daño experimentado.

La Evolución del Proceso Terapéutico de la Paciente

El proceso terapéutico realizado en este caso ilustra tanto las etapas como los objetivos descritos como modalidad de intervención, en este caso la intervención en crisis y la terapia de reparación constituyen las dos grandes opciones de trabajo, las cuales tienen un cierto orden secuencial pero de manera evidente se traslapan en algunos momentos.

A partir del motivo de consulta de la paciente y de las consideraciones teóricas realizadas, la primera sesión se centra en el establecimiento de un vínculo terapéutico caracterizado por la creación de un espacio protegido de la violencia, un lugar confiable y desprovisto de juicios acerca de su conducta, principalmente en lo referido a su permanencia en una situación que le produce sufrimiento y daño.

La creación de este clima significa también el reconocimiento de la petición de ayuda terapéutica como un logro, es decir, una iniciativa que deviene de su consideración de algún grado de contacto con su malestar. De esta manera se intenta también que la paciente inicie un proceso de refocalización orientado a ponerse ella como figura del proceso que se inicia, en independencia de las decisiones o cambios que pueda experimentar su marido.

La refocalización se traduce en intervenciones orientadas a la identificación de sus índices de malestar. La paciente relata su sensación de constantes "bajones" anímicos y los síntomas físicos que para ella se relacionan con angustia, dolores de cabeza y estómago y taquicardia. Este último síntoma es especialmente considerado dado que la paciente tiene una patología cardiaca congénita que significó que fuera intervenida a los 7 años de edad, nació con

comunicación interventricular. El descuido de sus controles médicos en este ámbito es interpretable como una señal más del silenciamiento de su malestar y de igual manera, del descuido inducido por el daño de la violencia vivida, desde la descalificación constante que sufre de su marido, ella se va experimentando como "inservible, rechazable, poco importante", no tiene por tanto buenas razones para cuidarse.

Desde el modelo de competencias y como una opción terapéutica, la sintomatología es reformulada en su sentido positivo, es decir, como aquellas señales de su organismo que dan cuenta de una situación dañina, que por su dinámica tiende a volverse invisible, y que le han permitido solicitar ayuda. Por ahora no se indica por tanto un manejo medicamentoso de ellos.

La focalización en sí misma implica también un re-trazado de los límites corporales y emocionales, es decir, una intensificación recurrente de la distinción entre ella y los otros, es decir, su familia. El restablecimiento de estos límites básicos inicia el camino de la restauración, el maltrato transgrede precisamente esos límites.

En la sesión inicial se trabaja con la paciente para evaluar realistamente los riesgos implicados en la situación de violencia, por ahora la paciente evalúa que la presencia de su padre en la misma casa, de alguna manera actúa como un control externo para su marido, al menos en el plano de lo físico. Aparece sí el temor ante un eventual viaje del padre al norte del país para visitar a un hijo.

En la línea de la creación de mecanismos de protección y activación de redes de ayuda, se trabaja con la paciente en la identificación de quiénes podrían ayudarla a, o ejercer por sí misma acciones en ese sentido. Además de su familia de origen aparece como un recurso la familia de su marido, sin embargo éste ha bloqueado siempre su acercamiento a ella.

En la siguiente sesión, la paciente reporta haber visitado a su familia política, eso la ha hecho sentirse mejor, porque es capaz de hacer cosas que antes no se atrevía y poner en el lugar correcto las amenazas de su marido. La visita no tuvo mayores repercusiones en la pareja, pero generó en ella la sensación de apoyo y fortaleza.

Respecto al manejo de situaciones de riesgo y establecimiento de estrategias básicas de protección, la paciente reporta que ha conseguido salir de la pieza en que viven cuando empiezan las discusiones. Igual siente mucho miedo a lo que pueda ocurrir con esa acción, sin embargo ha conseguido interrumpir la escalada violenta.

Otra de sus estrategias ha sido "mirarlo a los ojos", intentar restituir la desigualdad establecida por el sistema autoritario de relación, afirma que él se ha calmado en esas situaciones. Así como intenta igualarse simbólicamente atreviéndose a mirarlo y no bajar la cabeza, relata que ha podido levantarle la voz y que él se ha sorprendido e inhibido. En este punto se hace necesario mostrar a la paciente los riesgos que un intento de igualación por la vía agresiva pueda tener, el riesgo está en que el agresor intente restaurar su posición en la relación con la implementación de conductas más violentas, aumentando el riesgo inherente a la situación.

En sus intentos de igualación relata que fue capaz de decirle a él que se fuera, y evalúa que se lo dijo tan seriamente, tan consciente del daño que la permanencia en esta situación le hace que él no se va porque se da cuenta de ello, sería definitivo, no le aceptaría volver. Más que los resultados concretos de su intento, la paciente comienza a centrarse en su proceso, para ella también es sorprendente haber propuesto esa alternativa sin sentir que lo expulsaba o abandonaba.

Como una forma de ir poniendo límites a su marido, o al menos "correr un poco" los impuestos por él, la paciente consigue un trabajo ayudando a un señor mayor con un negocio de abarrotes. De manera consistente con la dinámica de la violencia al interior de la pareja, y la ideología que la sustenta, el marido reacciona fuertemente frente a estos intentos de autonomía y fortalecimiento de ella. Las amenazas del marido aumentan, el tema recurrente es la posibilidad de que ella lo abandone, él comienza a celarla con el empleador. Desde el punto de vista del ciclo de la violencia, es posible identificar las señales de la acumulación de tensión, ella se silencia y evita el conflicto, e intenta de la manera más invisible, hacer pasos hacia su autonomía. Pero el temor al abandono del marido se hace patente y él aumenta la intensidad de su control sobre ella.

Ante las amenazas y habiendo trabajado la evaluación de riesgos, la paciente no continúa en el trabajo. Desde la perspectiva de la intervención en crisis, este movimiento o logro de la paciente es prematuro en el contexto de la complejidad de la situación. Si bien logra evaluar correctamente, ella se desilusiona fuertemente ante la intensificación de las agresiones, porque "había alcanzado a pensar que él me estaba viendo como una persona".

De una manera que era posible anticipar considerando el ciclo de la violencia, vuelven las agresiones psicológicas, aquellas orientadas a devaluarla e insegurizarla, él la descalifica, ridiculiza un defecto físico que ella tiene en sus manos (una malformación de nacimiento), la hace sentir emocionalmente rechazable.

A pesar del trabajo terapéutico realizado hasta ahora en la comprensión de la dinámica violenta, la paciente sigue intentando salvar a su marido de la responsabilidad en los hechos y vuelve a atribuir las agresiones a que "él estuvo tomando tres semanas seguidas". Desde la perspectiva del daño esta actitud que la hace aparecer como complementaria en la relación violenta, puede ser entendida en función del deterioro y menoscabo sufrido en una relación marcada por el abuso, ella no se siente aún capaz de, ya sea de romper, de dejarlo, de quedarse sin él.

La paciente es capaz de visualizar su ambivalencia, no se entiende, "si no lo quiero, por qué me aguanto". Es capaz de evaluar que permanece en una situación que ya sabe le es dañina, sin embargo teme romperla. Esta ambivalencia en la experiencia de las mujeres agredidas no constituye un índice de patología sino que refleja lo no integrable que es la situación en sí misma, básicamente aquel a quien se ha elegido para compartir la vida y en quien se han depositado importantes afectos y expectativas es precisamente quien daña. La paciente no quiere seguir siendo dañada ni agredida, sin embargo necesita creer y rescatar todo lo que ha invertido en la relación, la ambivalencia se opone a cualquier decisión definitiva. La opción terapéutica es entonces legitimar este sentimiento e intentar diferenciar a qué corresponde cada uno de los aspectos de esta ambivalencia.

La ambivalencia que surge en la paciente y que detiene por ahora su proceso de alejamiento de la situación violenta puede entenderse en el marco de la fase de luna de miel del ciclo de la violencia. Dado lo prolongado de la historia de violencia en esta pareja, la fase mencionada ya no adquiere necesariamente la forma de una reconciliación sino que otra cuya función principal es oponerse a la ruptura, la repetición del ciclo varias veces en el tiempo va quitándole fuerza a la llamada "luna de miel".

La paciente comienza a sentirse nuevamente atrapada en la situación e impotente de promover cualquier alternativa de cambio, su condición sintomática se hace más evidente, se deprime, se siente más irritable y cansada. Aparecen los síntomas somáticos ya mencionados: dolores de cabeza, dolores de estómago y taquicardia, para ella son manifestaciones de su angustia.

A pesar de que la situación no cambia, o precisamente por ello, el trabajo terapéutico se intensifica en la focalización en sí misma, ahora en el intento de clarificar sus elecciones y alternativas en la actual situación en independencia de las acciones y decisiones de su marido. La paciente logra clarificar y evaluar cambios en ella, cree que ha cambiado en la relación con su marido, principalmente intentando ponerle límites. Eso, independientemente de los resultados concretos se establece como un logro a fortalecer.

La condición emocional y anímica de la paciente es fluctuante, con "altos y bajos", pero el reconocimiento de sus logros y el contacto con aquellas fortalezas que empiezan a quedar libres del daño le permiten sentirse mejor.

En la medida que ella intenta establecer límites y que empieza a verse sintomáticamente mejor, con espacios de alivio y buen ánimo, la presión ejercida por el marido aumenta, él se pone más violento, más controlador, más persecutorio. Se incorpora el manejo a través de la plata, es decir, a través de la retención de su aporte económico a la mantención del hogar. Este fenómeno se entiende como una intensificación de la dinámica de dominación ante la «mejoría» de una mujer que empieza a verse con posibilidades de mayor autonomía, la violencia se intensifica en resguardo de una estructura vertical.

Ante el aumento de la presión, la paciente relata sus ganas de arrancar, se siente agobiada ante su visión de estar todo el tiempo tratando de evitar conflictos. Su malestar psicológico se intensifica y se va sintiendo cada vez más disconforme con su situación, se siente además en conflicto consigo misma, no se entiende. Esta sensación de conflicto interno es intensificada a favor del proceso terapéutico, es precisamente este conflicto el que mantiene viva su búsqueda por condiciones de vida mejor, pero también es importante prescribir la no-resolución inmediata de su confusión, resolver la impulsaría a hacer un corte en la situación más allá de lo preparada que se encuentra para ello.

La aparición del conflicto, como expresión de no conformidad y egodistonía, es su señal de resistencia. Más allá de los dictámenes sociales, los sujetos pueden oponer resistencias e las estructuras e intentar redefinir subjetividades y realidades (Burín, 1987).

En la medida que la paciente va afinando e integrando la detección de la situación que le produce daño y se hace sensible a sus propios malestares como señales de lo primero, empiezan a ser visibles para ella otras transgresiones que vive cotidianamente, otros abusos.

El estrés de estar a cargo de una casa "sobrepoblada", donde habitan tres familias, empieza a ser evidente para la paciente. Evalúa como su hermano menor y la familia de él suelen esperar que ella se haga cargo del trabajo de la casa en beneficio de todos, trabajo que se caracteriza por ser invisible, es decir, no detectado, no reconocido.

El nivel de estrés se intensifica también porque ella empieza a entrar en conflicto con su familia por la mantención de su situación matrimonial, la paciente es responsabilizada por su familia por la vida conyugal que lleva. Se siente "entre la espada y la pared, entre mi marido y mi familia". Esta tensión la lleva a ensayar límites también con su familia de origen, principalmente con su hermano y cuñada, empieza a interrumpir a través de "no hacer", los circuitos abusivos con ello

En otro frente, la paciente detecta su debilitamiento en el rol materno, principalmente frente a su hija, siente que la niña la domina. Se trabaja entonces en la visualización de los mecanismos que han conducido a que ella no ocupe en la familia el lugar que necesita para hacerse cargo de los niños, desde lo dañada que se siente y lo negativamente que se evalúa, ella no logra ocupar su espacio de madre. La violencia y descalificación del marido delante de los hijos se convierte en el estímulo para que ocurra una inversión jerárquica, ella queda en el último escalón en la distribución de poder en la familia.

A partir de esta formulación la paciente evalúa los riesgos de aquello, son padres descalificados y disociados entre ellos y no son padres calificados por sus hijos para la postura de límites, quedan debilitados e ineficientes ante ellos. El riesgo está en que los hijos, que ha sufrido también el daño de ser testigos de la violencia entre los padres y que han sido también duramente descalificados por el padre, actúen el conflicto en su vida diaria y fuercen su autonomía por sobre sus capacidades evolutivas.

Ante una mayor autonomía de ella, manifestada principalmente en no usar como referente en su toma de decisiones al marido, este comienza una etapa de alejamiento, no la habla ni establece ningún tipo de contacto con ella. A diferencia de episodios similares en la relación, él no ha dejado de llegar a dormir, cuestión que para ella es relevante.

En este alejamiento la situación cotidiana se torna "tranquila", la relación conyugal es descrita por ella como "interrumpida", sin embargo ella persiste en su intento de poner límites a su marido, los cuales ilustra en que no quiere aceptar que su marido tome alcohol dentro de la casa. De manera ya conocida en la dinámica violenta ante las posturas de límites de ella su marido intensifica el control, pero esta vez debilitándose, victimizándose, amenaza con matarse.

En este punto del proceso terapéutico se produce un fenómeno repetido en casos de violencia en la pareja, en la medida de que la mujer comienza a mostrar signos de autonomía y de mejoría como trabajar, arreglarse y cuidarse físicamente o cualquier otra señal interpretable como tal, el agresor intenta controlar el espacio terapéutico, conocer a la terapeuta, amenazarla a través de la mujer o pedir ayuda psicológica en el mismo centro. En este caso el marido de la paciente decide pedir una hora en el Centro Psicológico, lo cual la lleva a ella a cifrar esperanza en esa posibilidad y a la vez a sentir que no puede dejarlo justo ahora que él va a hacer el esfuerzo, "no puedo dejarlo botado...él se podría derrumbar...creo que él pudo haber sido dañado (abusado sexualmente)".

Como era anticipable él no asiste a la hora acordada, lo cual constituye para ella una nueva desilusión pero también una confirmación de que él no intentará nada para mejorar la situación de ambos.

La paciente es capaz de evaluar lo no recuperable que es su relación de pareja, su única alternativa posible es intentar construir un espacio autónomo libre del control y la violencia del marido, ese espacio deberá ser posible con o sin separación de hecho con él. En la medida que el anestesiamiento inducido por la dinámica de la violencia va cediendo y en tanto el silenciamiento e invisibilización inherente a la situación de abuso van perdiendo fuerza, la situación se le hace cada vez menos tolerable "antes pensaba que lo que vivía era normal, ahora no".

La paciente se acerca a la inevitabilidad de su toma de decisiones, se le va haciendo cada vez más urgente decidir pensando en ella, ya no le es posible negar su daño y sufrimiento por la situación en que vive, ello la lleva a "deprimirse", comienza a vivir la pena de una pérdida y duelo inminente, el alejamiento de su pareja y la desilusión respecto a sus expectativas.

La tolerancia de ella va disminuyendo y por tanto los conflictos explícitos con su pareja se hacen recurrentes, registra muy finamente las agresiones y no las tolera, tiende a reaccionar de manera inmediata. Relata que "le dije que llevaba 18 años tratando de entenderlo y no podía más".

El trabajo terapéutico se focaliza en el cómo de la posible separación y también en los costos que ella va a tener, independientemente de que su primera sensación se liga fuertemente al alivio. El pensar al respecto significa definir planes de acción cuidadosos para sí misma pero también para sus hijos y su marido, cualquier índice de daño en cualquiera de ellos la va a hacer dudar y culpabilizarse de su decisió

Una medida adoptada por la paciente fue acercarse a su suegra, concretamente a pedirle ayuda en el apoyo que ella anticipa que va a necesitar su marido, logra la comprensión y la alianza de una mujer que ella cree que ha vivido en el pasado situaciones similares. La paciente necesita todavía asegurarse que el marido se vaya bien, sigue haciéndose cargo de la indefensión que percibe detrás del agresor que conoce en él, pero está muy consciente de que ya no le es posible estar con él.

Además del contacto con su suegra, la paciente empieza a establecer contacto social con otras personas, retoma el contacto con las personas del negocio en que trabajó un corto tiempo y con amigas con las que había interrumpido los nexos, por ahora eso le significa al menos tener con quien juntarse a conversar. Aún se siente más bien inhibida en las relaciones sociales, en el sentido de hablar de sí misma y lo que le pasa, pero va estableciendo relaciones significativas.

En este momento del proceso terapéutico, la paciente discontinúa su asistencia y no establece contacto con el Centro Psicológico, ni para explicar porque no asiste ni para tomar una nueva hora.

Después de alrededor de un mes y medio, la terapeuta establece un contacto por telefonograma, de acuerdo a procedimiento prescrito por la modalidad de atención, en él se establecía una nueva hora a la que se le solicitaba asistiera o avisara telefónicamente su imposibilidad

Al volver a la terapia la paciente relata que durante este tiempo su marido decidió irse a trabajar a otra ciudad y eso ha operado en los hechos como separación. Luego de irse él no establece ningún contacto, no se hace cargo tampoco de la mantención económica de su familia, lo cual los deja con dificultades de sobrevivencia muy importantes.

Contrariamente a sus expectativas, el alejamiento del marido no la deja indiferente, en ese momento siente que "se me dio vuelta el mundo", comienza a sentirse sola y sin apoyo,"no es como pensaba antes... que iba a estar mejor".

Las urgencias cotidianas, la necesidad de tener que cubrir necesidades completas al interior de su familia han contribuido al alejamiento de la paciente del proceso terapéutico, de manera muy concreta la inversión en locomoción que tenía que realizar se la ha hecho imposible.

En el período terapéutico que sigue a esta interrupción, el foco está puesto en la consolidación de los recursos que la paciente ha activado para enfrentar la situación, no sólo la separación conyugal sino también las dificultades económicas y el trato con sus hijos.

La paciente consigue un trabajo fuera de la casa lo cual le permite una cierta autonomía del manejo del dinero que nuevamente empieza a realizar el marido, además ha seguido estrechando la relación con sus amigas al punto de sentirse emocionalmente sostenida y acompañada por ellas.

La paciente empieza también a centrarse en la relación con su familia, especialmente con su hermano, siente que no recibió ninguna clase de apoyo de él mientras estuvo en una situación crítica. Ello la lleva a pensar que no valió la pena sacrificarse por él, se trata del hermano que era más niño a la muerte de la madre y al que ella siente que crió. Se vuelve a focalizar en su necesidad de ponerle límites a los requerimientos de su familia, ya no tolera sentirse abusada.

En la medida que el proceso de restauración de la paciente se va consolidando, el marido vuelve para decirle que la quiere y le hace muchas promesas. Ella acepta una relación sin convivencia pero se esmera en hacerle saber que ella ya no es la misma y que él tiene que cambiar.

En medio del establecimiento de ese nuevo acercamiento con su marido, la paciente comprueba que está embarazada, sin embargo el marido no se entera porque ha vuelto a alejarse. Para él se hace imposible restablecer la relación en una nueva definición, en la que ella mantiene grados de autonomía económica y emocional.

El trabajo terapéutico se orienta entonces a la integración del embarazo, con el que ella ha decidido seguir adelante, se genera un espacio de elaboración y validación de sentimientos contradictorios. La paciente integra su embarazo, "aunque tenga que asumirlo sola".

La paciente va recuperándose anímicamente, se siente "más segura de mí misma", logra asumir su condición de madre sola y se siente capaz de enfrentar dificultades, "aunque a veces tengo algunos temores". Se validan los temores y se fortalecen los recursos que ella ha movilizado hasta ahora en una evaluación realista de la situación.

El fortalecimiento y la revalorización que la paciente va haciendo de sí misma le permite enfrentar dificultades e ir estableciendo espacios de autonomía, ello lo manifiesta en su capacidad de poner límites a los otros, su familia de origen, sus hijos, su marido. Afirma que "he sido capaz de hacer lo que no pude en 18 años".

A pesar de nuevas insistencias de su marido, ella decide de manera definitiva que no vuelva a la casa. Evalúa que ella se siente bien, capaz y no quiere ya responsabilizarse por los problemas de él. Continúa alejándose, separándose "sin culpa". No quiere sostenerlo más, "él no tiene una familia, quiere ser dueño". Como una manera de afirmar sus intentos quiere anular su matrimonio.

El marido no se involucra en su embarazo, pese a saberlo, ella decide no hacer esfuerzos para que ello ocurra. La paciente empieza a plantearse activamente en la generación de un clima más sano de vida para ella, implementando formas de protegerse de las agresiones emocionales, independientemente de dónde ellas vengan.

El logro de autonomía se conduce hacia el mejoramiento de sus posibilidades laborales, junto con mantener un trabajo remunerado, la paciente comienza el proceso de regularización de sus estudios.

En este punto del proceso la paciente vuelve a discontinuar la terapia. En consideración a que no se encuentra en riesgo y a que los logros del proceso apuntan al cumplimiento de los objetivos de la intervención terapéutica, se decide no contactarla. Un movimiento de ese tipo podría ahora resultar debilitador para una paciente que retoma su vida, el control sobre ella y que está en un proceso de reinserción social donde podrá recibir el apoyo necesario.

Referencias

Arancibia, M. & Lauroliath, C. (1994). *La violencia conyugal en Chile*. Tesis Escuela de Derecho. Santiago: Universidad Gabriela Mistral.

Arón, A. (1992). Un modelo de Salud Mental en Chile. En F. Lolas, R. Florenzano, G. Gyarmaty & A. Trejo (Eds.), *Ciencias sociales y medicina: Perspectiva latinoamericana*. Santiago: Editorial Universitaria.

Arón, A., Undurraga, C., Muñoz, C., Bravo, M. & Tagle, M. (1998). *Manual de apoyo para la atención de mujeres víctimas de violencia intrafamiliar*. Proyecto de investigación para estudios de género, CONICYT Nº EG 95036.

Burín, M. (1987). *Estudios sobre la subjetividad femenina: Mujer y salud mental*. Buenos Aires: Grupo Editorial Latinoamericano.

Carrillo, R. (1991). La violencia contra la mujer: Obstáculo para el desarrollo. En V. Guzmán (Comp.), *Una nueva lectura: Género en el desarrollo*. Lima: Flora Tristán.

Dabas, E. (1993). *La red de redes. Las prácticas de intervención en redes sociales*. Buenos Aires: Paidós.

Daskal (1990). La vida cotidiana de las mujeres. En *El malestar silenciado, la otra salud mental*. ISIS Internacional.

Ferreira, G. (1989). *La mujer maltratada*. Buenos Aires: Sudamericana.

González, L. & Nava, C. (1992). *Guía para la atención de mujeres víctimas de violencia*. Colima, México: Centro da Apoyo a la Mujer (CAM).

González, N. (1991). Violencia doméstica al amparo del Derecho. La agresión a la mujer por el cónyuge o conviviente. En M. Feijoó (Comp.), *Mujer y sociedad en América Latina*. Buenos Aires: CLACSO.

Larraín, S. (1994). *Violencia puertas adentro. La mujer golpeada*. Santiago: Universitaria.

León, G. (1992). ¿Qué hice yo para merecer esto? Mitos, culpas y alternativas en las mujeres víctimas de violencia doméstica. En G. León (Ed.), *Dónde empieza mi universo. Siete aportes sobre violencia de género*. Quito: CEEIME.

Machuca, A. (1996). *Sistematización de un modelo de intervención con mujeres víctimas de maltrato conyugal*. Informe proyecto de investigación DIPUC. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile.

Mazza, D. (1996). Between medicine, psychology and sociology: the health effects of violence agaist women. Teaching to promote women's health. *Publications of the International Multidisciplinary Conference Hosted by Women's College at University of Toronto*. Toronto.

Organización Panamericana de la Salud. OPS (1993). *La violencia contra la mujer y las niñas: Análisis y propuestas desde la perspectiva de la salud pública*. Washington: OPS.

Ravazzola, C. (1997). *Historias infames: Los maltratos en las relaciones*. Buenos Aires: Paidós.

Ravazzola, C. (1990). Dejarse abusar no ayuda. En *El malestar silenciado, la otra salud mental*. ISIS Internacional.

Rico, N. (1996). *Violencia de género: Un problema de derechos humanos*. Serie Mujer y Desarrollo. Santiago: Cepal.

Walker, L. (1979). *The battered woman*. New York: Harper and Row.