

---

## CAPÍTULO 8

### MODELO DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA GRUPAL PARA MUJERES RECEPTORAS DE VIOLENCIA

*Marcela Biagini Alarcón<sup>1</sup>*

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) ha señalado que la violencia en general y la violencia dirigida a la mujer, son fenómenos universales de gran interés para la comunidad internacional por ser un problema de salud pública y de derechos humanos, que afecta todos los ámbitos sociales. La forma más común de violencia dirigida a la mujer es la que sucede en el espacio de la pareja (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2006; Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI], 2013).

Comparando las definiciones de varias instituciones nacionales como internacionales, podemos definir la violencia en términos de *daños intencionales perpetrados o amenazas de daños a una persona o un grupo de personas*. Esto incluye también actos de coerción (ONU,

---

<sup>1</sup> Psicóloga Clínica egresada de la Facultad de Psicología, Universidad de Chile. Especialidad en Psicología Clínica y Psicoterapia de Grupo, Maestría en Psicología Clínica, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Terapeuta certificada por la International Society of Transference-Focused Psychotherapy, Weill Cornell Medical College, Personality Disorders Institute, New York. Se desempeña como Coordinadora del Departamento de Psicoterapia del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

2006; Dirección General de Normas [NOM], 2009; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2002). La OMS incluye en su definición *la violencia auto-dirigida* y actos que tienen una probabilidad alta de causar daño (OMS, 2002). La Norma Oficial Mexicana incorpora actos de omisión y abandono como hechos de violencia (NOM, 2009). La ONU y la OMS, por otro lado, también contienen como acto violento el *aislamiento* y hacen énfasis en la violencia como una violación de los derechos humanos (OMS, 2002; ONU, 2006).

Específicamente con respecto a la violencia familiar la legislación mexicana coincide con las recomendaciones de la Organización de las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud, al no limitar su definición al ámbito en el cual suceda el acto violento, considerándose *violencia familiar* tanto a los eventos que ocurren en el hogar como a los hechos que ocurren en otros espacios donde se encuentran involucradas personas en relación de parentesco directo (ONU, 2006; NOM, 2009; OMS, 2002).

En relación a la violencia contra las mujeres, la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV, Última Reforma *Diario Oficial de la Federación* [DOF] 17-12-2015) reconoce diversos tipos de violencia: psicológica, física, patrimonial, económica, sexual y cualquier otra forma análoga que lesione o sea susceptible de dañar la dignidad, integridad o libertad de las mujeres.

El INEGI obtuvo en 2011 en la *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares* (Endireh) resultados preocupantes: el 44.9% de las mujeres casadas o unidas han sido receptoras de violencia en el marco de la relación íntima durante toda su relación. De estas mujeres, 89.2% reportaron haber recibido abuso psicológico/emocional; 56.4% informaron haber sufrido violencia económica; 25.8% dijeron haber sido agredidas físicamente y 11.7% reportaron agresiones sexuales durante la relación de pareja; 8.1% de las mujeres que han recibido violencia de algún tipo han pensado en quitarse la vida y 38.8% de éstas lo han intentado por lo menos una vez.

Sólo el 9.3% de las mujeres que respondieron afirmativamente a ser receptoras de violencia por parte de su pareja, señalaron haber denunciado los hechos ante alguna autoridad (INEGI, 2013).

La violencia dirigida a la mujer tiene varias repercusiones físicas (muerte, dolor crónico, enfermedades habituales, complicaciones cardiovasculares, síntomas neurológicos recurrentes, etc.), psicológicas (depresión, ansiedad, baja autoestima, estrés post-traumático, abuso de sustancias, etc.) y sexuales/reproductivas (Valdez y Juárez, 1998; Ruiz-Pérez, Plazaola-Castaño y del Río-Lozano, 2007).

## ESTUDIOS EN EL TEMA

Hemos encontrado muy pocos estudios sistemáticos que examinen el impacto de un proceso psicoterapéutico en mujeres receptoras de violencia. Almenta, García y González (1994) elaboraron un cuestionario para los participantes de una experiencia de terapia grupal adjudicando éstos últimos su mejoría a los factores de autoconocimiento y catarsis. Matud Aznar, Gutiérrez y Padilla (2004) señalan que la terapia de grupo es la modalidad ideal para combatir el aislamiento; Hansen, Eriksen y Elklit (2014) indican que la terapia de grupo reduce la percepción de una falta de red de apoyo que frecuentemente asecha a las mujeres en situación de violencia.

Otro programa que ofrece intervención psicoeducativa para mujeres deprimidas prefiere esta modalidad terapéutica por los equivalentes de los factores de universalidad, infundir esperanza, aprendizaje interpersonal y catarsis (Lara, Navarro, Acevedo, Berenzon, Mondragón y Rubí, 2004).

El modelo de *psicoterapia grupal de orientación interpersonal* que proponemos, está basado en las propuestas teóricas de la *psicoterapia de grupo existencial* de Yalom (1986) y con especial consideración a los factores curativos que este autor propone; sin embargo, tiene objetivos generales y específicos desarrollados *ad hoc* para este modelo psicoterapéutico particular.

Señala este autor que “el cambio terapéutico es un proceso enormemente complejo y que ocurre mediante una interacción intrincada de varias experiencias humanas guiadas que llamaré «factores curativos»” (Yalom, 1986, p. 21).

Yalom divide los “factores curativos” en 11 categorías básicas. Estos factores pueden representar partes distintas del proceso de cambio; algunos se refieren a los mecanismos reales del cambio, mientras que otros pueden describirse más exactamente como *condiciones para el cambio*:

1.- Infundir esperanza; 2.- Universalidad; 3.- Ofrecer información; 4.- Altruismo; 5.- Recapitulación correctiva del grupo familiar primario; 6.- Desarrollo de las técnicas de socialización; 7.- Conductas de imitación; 8.- Aprendizaje interpersonal; 9.- Cohesión del grupo; 10.- Catarsis; 11.- Factores existenciales.

### **Infundir esperanza**

Mientras otros factores curativos surten efecto, la fe en un tipo de tratamiento puede ser en sí terapéuticamente eficaz. Una elevada esperanza de recibir ayuda está significativamente relacionada con el resultado positivo de la psicoterapia. Algunos autores afirman que en el grupo debe haber pacientes en varias etapas de mejoría; en este sentido, muchos pacientes, al final de su terapia, manifiestan que fue muy importante para ellos haber observado mejoría en los otros. Los terapeutas no deben olvidar el uso de este factor, llamando periódicamente la atención sobre la mejoría que han logrado los miembros.

### **Universalidad**

Muchos pacientes inician la psicoterapia con el inquietante pensamiento de que *sólo ellos* tienen ciertos problemas, ideas, impulsos o

fantasías inaceptables; este *sentimiento de singularidad* a menudo se ve reforzado por el aislamiento social. Después de escuchar a otros miembros del grupo revelar preocupaciones similares a las suyas, los pacientes informan sentirse más en contacto con el mundo y lo expresan con frases como “creí que yo era la única”. En la medida en que los pacientes descubren su similitud con los otros y comparten sus preocupaciones más profundas, se benefician más con la catarsis y con la aceptación esencial de los otros miembros.

### **Impartir información**

Los terapeutas suelen dar información específica sobre salud mental y las enfermedades mentales; también se transmite información para estructurar el grupo. Darse consejos entre los pacientes es común en las fases tempranas de un grupo interaccional; el proceso *de aconsejar* más bien que *el contenido del consejo* puede ser beneficioso, ya que implica y transmite un interés y una preocupación mutuos. En otras palabras, lo importante no es el consejo que se da sino el hecho de que éste se dé.

### **Altruismo**

En terapia de grupo los pacientes *reciben dando*; a menudo inician la terapia con un profundo sentimiento de no tener nada de valor que ofrecer a los demás; es una experiencia correctiva descubrir que pueden ser importantes para otros.

### **Recapitulación correctiva del grupo familiar primario**

Muchos pacientes entran a la terapia de grupo con la historia de una experiencia muy insatisfactoria en su primer y más importante

grupo: la familia primaria. El grupo se parece a la familia en muchos aspectos y muchos grupos son dirigidos por un equipo de co-terapia masculino-femenino en un deliberado esfuerzo por simular muy estrechamente la configuración de los padres; los miembros del grupo interactúan con los jefes y los otros miembros como antes interactuaron con sus padres y sus hermanos. Los primeros conflictos familiares pueden ser recapitulados y revividos correctivamente; se exploran y se desafían una infinita variedad de patrones (depender desesperadamente de los jefes del grupo, desafiar a los jefes a cada paso, intentar dividir a los co-terapeutas y propiciar desacuerdos y rivalidades entre ellos, etc.). De este modo, resolver un problema con los terapeutas y con otros miembros del grupo puede significar resolver asuntos que han estado pendientes desde hace mucho.

### **Desarrollo de las técnicas de socialización**

El aprendizaje social, el desarrollo de las capacidades sociales básicas, es un factor curativo que opera en todos los grupos de terapia, aunque el tipo de capacidades que se enseñan y lo explícito del proceso varían mucho, según el tipo de terapia de grupo que se aplique. En *la terapia dinámica de grupo*, con reglas básicas que alientan la retroalimentación franca, los pacientes pueden obtener mucha información sobre su conducta social inadecuada; por ejemplo, pueden enterarse de su tendencia a evitar mirar a la persona con la que conversan, o de otros hábitos sociales que, desconocidos para ellos, han interferido en sus relaciones sociales. Para los que carecen de relaciones íntimas, el grupo a menudo representa la primera oportunidad que tienen de recibir retroalimentación interpersonal exacta.

## Conductas de imitación

En la terapia de grupo no es raro que un paciente se beneficie observando la terapia de otro participante que tiene una constelación de problemas similares al suyo; fenómeno que se denomina “terapia vicaria” o “terapia del espectador”; eventualmente, los pacientes pueden representar, durante un cierto período, partes de la conducta de otra gente, y después la abandonan por ser algo que no les gusta. Este proceso puede tener un efecto terapéutico sólido; descubrir *qué no somos* sirve para descubrir *qué somos*.

## Aprendizaje interpersonal

Es un factor curativo amplio y complejo que representa en la terapia de grupo algo semejante a los *factores curativos de la terapia individual*. Mencionaré algunos principios que al estar organizados en una secuencia lógica permiten que el mecanismo del aprendizaje interpersonal como factor curativo se desarrolle de forma evidente.

1. El grupo de psicoterapia se convierte en un microcosmos social, en una representación en miniatura del universo social de cada paciente.
2. Los miembros del grupo, a través de la validación consensual y de la observación de sí mismos, llegan a advertir los aspectos significativos de su conducta interpersonal: su fuerza, sus limitaciones, sus distorsiones, su conducta mal adaptativa que produce reacciones no deseadas en los otros.
3. Ocurre una secuencia interpersonal regular: el miembro del grupo exhibe su conducta; por medio de la retroalimentación y de la observación de sí mismo, el paciente:
  - ✓ Aprecia la naturaleza de su conducta,
  - ✓ Estima la repercusión de su conducta en los sentimientos de los otros,

- ✓ En las opiniones que los otros tienen de él, y
  - ✓ En la opinión que tiene de sí mismo.
4. Después de que el paciente logra una conciencia plena de esta secuencia, también advierte que es responsable de ella y que es el creador de su mundo interpersonal.
  5. Cuando el paciente está plenamente consciente de la responsabilidad de su mundo interpersonal, entonces puede empezar a introducirse en las consecuencias de este descubrimiento: ya que *él ha creado su mundo es el único que puede cambiarlo*.
  6. La profundidad y lo significativo de esta conciencia, es directamente proporcional a la cantidad de afecto asociada con esta secuencia. Cuanto más real sea y más emocionalmente esté cargada la experiencia, más potente es el impacto; cuanto más objetiva e intelectualizada sea la experiencia, menos eficaz será el aprendizaje.
  7. Como resultado de esta conciencia, el paciente puede cambiar poco a poco o puede arriesgarse más rápidamente a practicar nuevos tipos de conducta y de expresión. La probabilidad de que el cambio ocurra está en función de:
    - ✓ La motivación del paciente al cambio,
    - ✓ La cantidad de molestia e insatisfacción personales que encuentra en los modos actuales de su conducta,
    - ✓ La participación del paciente en el grupo, su necesidad de ser aceptado por éste, su respeto y su aprecio por los otros miembros,
    - ✓ La rigidez de la estructura de carácter del paciente y su estilo interpersonal.
  8. El cambio de conducta puede generar un nuevo ciclo de aprendizaje interpersonal a través de la observación de sí mismo, y de la retroalimentación que le ofrecen los otros miembros. El paciente advierte que era irracional la temida desgracia imaginaria que había impedido el cambio de conducta.



9. El concepto de *microcosmos social* es bidireccional; no sólo la conducta exterior se manifiesta en el grupo sino que la conducta aprendida en el grupo posteriormente se lleva al medio ambiente social del paciente, y aparecen alteraciones en su conducta interpersonal fuera del grupo.

Cada uno de estos pasos en el aprendizaje interperpersonal requiere la ayuda específica del terapeuta. Son necesarios diferentes conjuntos de conductas terapéuticas:

- ✓ ofrecer una retroalimentación específica de los fenómenos observados,
- ✓ alentar la observación de sí mismo,
- ✓ explicar el concepto de responsabilidad,
- ✓ animar a correr riesgos,
- ✓ negar las consecuencias infelices imaginarias,
- ✓ reforzar la transferencia del aprendizaje, etc.

### **Cohesión grupal**

La cohesión en la terapia de grupo es análoga a la relación terapéutica de la terapia individual. Definiremos la *cohesión* como el resultado del conjunto de las fuerzas que actúan en todos los miembros del grupo para permanecer en él; o más sencillamente: como la atracción que ejerce el grupo sobre sus miembros. Se ha visto en los miembros cohesivos, en contraste con los miembros de un grupo sin cohesión, que tratan de influir vigorosamente en los otros miembros del grupo; son más influidos por los otros miembros; muestran más deseos de escuchar a los otros, y de aceptarlos más; sienten mayor seguridad frente a las tensiones en el grupo; participan más constantemente en las reuniones; protegen las normas del grupo; son menos susceptibles de ser perturbados como grupo cuando un miembro abandona el mismo.

## **Catarsis**

Los psicoterapeutas dinámicos hemos aprendido que la catarsis no basta. Después de todo, tenemos experiencias emocionales, a veces muy intensas, toda nuestra vida, sin que se produzcan cambios. En el estudio de *los factores curativos de la terapia de grupo* se ha destacado la *catarsis* en el sentido de *adquirir habilidades para el futuro*. La *catarsis* forma parte de un proceso interpersonal: la fuerte expresión de la emoción fomenta el desarrollo de la cohesión; los miembros que expresan fuertes sentimientos mutuos y analizan sinceramente estos sentimientos desarrollarán vínculos mutuos y estrechos.

## **Factores existenciales**

Éstos se refieren a cinco elementos:

- a) Reconocer que la vida a veces es injusta,
- b) Registrar que en última instancia nadie puede librarse de las penas de la vida ni de la muerte,
- c) Saber que no importa qué tan íntimamente se esté relacionado con otra gente, aún hay que vivir solo la vida,
- d) Identificar y enfrentar los problemas básicos de la propia vida y muerte,
- e) Y saber que hay hacerse responsable de la manera en que se vive la vida, sin importar cuánta orientación y apoyo se obtenga de los otros.

## **Propuesta psicoterapéutica**

Planteamos que el modelo de intervención psicoterapéutica grupal que hemos desarrollado ofrece la mejor alternativa de intervención debido a la red de solidaridad que se establece y al

estímulo del apoyo en los logros y soluciones que las compañeras ofrecen.

La participación en un grupo terapéutico es una experiencia profunda que modifica tanto al participante como al terapeuta que conduce al grupo.

### **Los objetivos terapéuticos generales que se han planteado se refieren a:**

1. Reconocer las distintas formas y grados de violencia.
2. Implementar estrategias de *empoderamiento*. Este término fue acuñado en la Conferencia Mundial de las Mujeres en Beijing (Pekín) en 1995 para referirse al aumento de la participación de las mujeres en los procesos de toma de decisiones y acceso al poder. Actualmente esta expresión conlleva también otra dimensión: la *toma de conciencia del poder* que individual y colectivamente ostentan las mujeres y que tiene que ver con la recuperación de la propia dignidad de las mujeres como personas.
3. Reconocer los estilos de afrontamiento actuales. Se define *afrontamiento* como aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas internas y/o externas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1986).
4. Promover cambios en los estilos de afrontamiento.
5. Manejar la culpa.
6. Trabajar la ira hacia el agresor.
7. Recobrar el control sobre los límites yoicos, en relación a recuperar pensamientos, actitudes, valores y emociones propias.
8. Recuperar el control sobre los límites corporales, en relación a reestablecer la capacidad para decidir sobre el propio cuerpo.

9. Reorganizar la autoimagen, en relación a restablecer una imagen personal que parta de conceptos propios.
10. Clarificar las relaciones de género.
11. Clarificar las relaciones de pareja.
12. Clarificar las relaciones con los hijos.
13. Clarificar las relaciones con otros miembros de la familia.
14. Clarificar las relaciones con otros integrantes de la comunidad.

**Los objetivos terapéuticos específicos que se han planteado se refieren a:**

1. Manejo de síntomas emocionales específicos.
2. Afrontamiento de situaciones conductuales específicas.
3. Intervención en situaciones relativas a relaciones interpersonales específicas.

**Manera de operar**

En cuanto al procedimiento, trabajamos con grupos abiertos diseñados para 8 a 12 mujeres que hayan ingresado al Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz* y que, por tanto, tengan un diagnóstico psiquiátrico actual.

La frecuencia de las sesiones es semanal y cada una de éstas tiene una duración de una hora y media.

Cada mujer puede permanecer en el grupo el tiempo que estime necesario; su partida se discute en el grupo y, si es el caso, con su médico tratante o psicoterapeuta individual.

En los grupos se incluyen mujeres de distintas edades, aunque procuramos combinar características que faciliten la identificación entre ellas.

Las reglas terapéuticas que operan son mínimas: se les informa que deben acudir a todas las sesiones o justificar sus inasistencias,

de otro modo serán dadas de baja; se les solicita puntualidad; se les exige confidencialidad.

En cumplimiento a la *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia* (LGAMVLV), la atención que se brinda a las mujeres receptoras de violencia en el *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz*, es gratuita en todos los servicios de Consulta Externa y Hospitalización.

## REFERENCIAS

- Almenta, E., García, M., y González, E. (1994). Factores terapéuticos en dinámica grupal. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 14, 83- 97.
- Asamblea General de las Naciones Unidas (2006) Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer: Informe del Secretario General.
- Dirección General de Normas (16 de Abril de 2009). Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, para quedar como NOM-046-SSA2 -2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, para quedar como NOM-046-SSA2-2005. Diario Oficial de la Federación.
- Hansen, N.B., Eriksen, S.B. y Elklit, A. (2014). Effects of an Intervention Program for Female Victims of Intimate Partner Violence on Psychological Symptoms and Percieved Social Support, *European Journal of Psychotraumatology*, 5, 10. 3402/ejpt.v5.24797.<http://doi.org/10.3402/ejpt.v5.24797>.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2013). Panorama de violencia contra las mujeres en México. Endireh 2011. México.
- Lazaruz, RS, Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lara, M.A., Navarro, C., Acevedo, M., Berenzon, S., Mondragón, L. y Rubí, N. A. (2004). A Psychoeducational Intervention for Depressed Women: A Qualitative Analysis of the Process. *Psychology and Psychotherapy: Theory and Practice*, 77, 429 - 447.
- Matud Aznar, MP, Gutiérrez, AB y Padilla, V. (2004). Intervención psicológica con mujeres maltratadas por su pareja. *Papeles del Psicólogo*, 25 (88), 1-9.
- Organización de las Naciones Unidas (2006). Poner fin a la violencia contra la mujer: de las palabras a los hechos Estudio del Secretario General (Edición en español). Naciones Unidas.

- Organización Mundial de la Salud (2002). World report on violence and health: summary. Ginebra: World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud (2013). Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence against Women: WHO - Clinical and Policy Guidelines. World Health Organization.
- Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J. y del Río-Lozano, M. (2007). Physical Health Consequences of Intimate Partner Violence in Spanish Women. *European Journal of Public Health*, 17 (5), 437 - 443.
- Valdez, R. y Juárez, C. (1998). Impacto de la Violencia Doméstica en la Salud Mental de las Mujeres: Análisis y Perspectivas en México. *Salud Mental*, 21 (6), 1-10.
- Yalom, I. (1986). *Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo* (primera edición). México: Fondo de Cultura Económica.