

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
Colegio de Ciencias Sociales y Humanidad

**Terapia de Grupo Psicodinámico dirigido a
Perpetradores de Violencia Doméstica**

Proyecto de Investigación

Belén Balarezo Fernández
Psicología Clínica

Trabajo de titulación presentado como requisito
para la obtención del título de
Psicólogo Clínico

Quito, 18 de diciembre del 2018

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDAD

HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Terapia de Grupo Psicodinámica dirigido a
Perpetradores de Violencia Doméstica

Belén Balarezo Fernández

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico:

Rodrigo Carrillo Primerano, PhD.

Firma del profesor:

Quito, 18 de diciembre de 2018

Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombres y apellidos: Belén Balarezo Fernández

Código: 00127421

Cédula de Identidad: 1705999512

Lugar y fecha: Quito, 18 de diciembre de 2018

RESUMEN

Propósito – La violencia doméstica constituye una problemática que concierne tanto a sociedades de países industrializados como a las de los países en vías de desarrollo, y deja secuelas graves en las personas que sobreviven a ella o en quienes han sido testigos de ésta, al interior del hogar. Este documento recoge la información de la literatura en cuanto al perfil del agresor, las consecuencias de la violencia tanto en la pareja que recibe las agresiones como en los hijos, la conformación de un grupo de terapia psicodinámica, y el manejo de una terapia grupal psicodinámica para perpetradores de violencia doméstica.

El propósito de esta investigación es determinar si la terapia grupal psicodinámica constituye un enfoque apropiado para el tratamiento psicológico, para perpetradores de violencia doméstica, que produzca un cambio en la conducta de estos individuos.

Metodología – Se establecen los criterios de selección de los participantes en el grupo de terapia para posteriormente realizar este proceso en 4 sesiones individuales con cada candidato. El grupo terapéutico se desarrolla en 24 sesiones, una por semana. Una vez terminada la intervención psicológica se evalúan los resultados a 3 y 6 meses respectivamente.

Conclusiones- La terapia grupal psicodinámica constituye un enfoque adecuado para el tratamiento psicológico de un determinado grupo de perpetradores de violencia doméstica. Se ha encontrado además, que este enfoque tiene un alto grado de adherencia en sus participantes.

Palabras claves - Violencia doméstica, violencia intrafamiliar, violencia hacia la pareja íntima, agresores, perpetradores, terapia de grupo psicodinámica.

ABSTRACT

Purpose- Domestic violence is a difficult situation which still proves to be a major concern in both first world countries and developing countries. Domestic Violence can leave major sequelae on people who have gone through it or have witnessed it by being part of the family system that was under domestic violence. This document gathers literature information on the profile of a domestic violence aggressor as well as the consequences that result from this violence on the couple and their children. This document also explores the effectiveness of psychodynamic group therapy for domestic violence aggressors.

The purpose of this investigation is to determine whether psychodynamic group therapy can become an effective method of psychological treatment for domestic violence aggressors that is able to change their behavior.

Methodology- Selection criteria are established for participants that will attend to group therapy, so they can receive therapy in 4 individual sessions with each participant. The therapeutic group will be done in 24 sessions, one session per week. Once the psychological intervention is finished, results from the 3rd and 6th month will be evaluated.

Conclusions- Psychodynamic group therapy appears to be an effective method of treatment for certain domestic violence aggressors. It has also been found that this method has a high degree of adherence to the treatment.

Key Words- Domestic Violence, Intrafamilial Violence, Violence towards intimate partner, Aggressors, Perpetrators, Psychodynamic Group Therapy.

TABLA DE CONTENIDO

Introducción.....	7
Revisión de la Literatura	14
Desarrollo de Tema.....	15
Perfil del agresor	15
Factores que Subyacen en el Perpetrador.....	18
Diferentes Tipos de Perpetradores.....	20
Violencia Intrafamiliar vs Homicidio Doméstico	24
Perfil Psicopático.....	26
Consecuencias de la Violencia	26
Prevención	34
Terapia Grupal Psicodinámica	36
Conformación del Grupo.....	40
Factores Terapéuticos.....	46
El Aquí y el Ahora	56
Rol del Terapeuta.....	61
La Voluntad.....	65
Grupo Terapéutico con Enfoque Psicodinámico Dirigido a Perpetradores de Violencia Doméstica	66
Por qué terapia Grupal Psicodinámica.....	68
Desarrollo del Trabajo Terapéutico.....	69
Ejemplificación de las Etapas del Proceso Grupal en un Caso Clínico	80
Metodología y Diseño de la Investigación.....	86
Resultados Esperados.....	93
Discusión.....	94
Referencias Bibliográficas.....	98
Anexo A: Carta Para Reclutar Participantes.....	104
Anexo B: Consentimiento Informado	105
Anexo C: Evaluación Psiquiátrica Inicial.....	109
Anexo D: Catamnesis.....	115

INTRODUCCION

Antecedentes

Es frecuente que las secuelas de la violencia doméstica sea lo que subyace al motivo de consulta de quienes buscan ayuda psicológica, lo cual deja una huella muy difícil de borrar, que forma parte del bagaje con el que se constituye la personalidad. A puertas del 2020, esta es una realidad que no distingue condición económica, raza o cultura. Según la Organización Mundial de la Salud (2014) una de cada tres mujeres en el mundo ha sufrido violencia física o sexual por algún compañero sentimental en su vida. Según refiere Arriagada, y Godoy, (1999) este tipo de conducta muchas veces se encuentra normalizado en algunas culturas siendo un modelo que es internalizado, que se repite a través de las generaciones.

La violencia en la pareja está definida como el hecho de que un individuo ejerza poder y control sobre su pareja sentimental de una manera coercitiva, repetida, con la presencia de conductas abusivas. Ésta se diferencia de otro tipo de abuso por el hecho de que entre el agresor y el agredido hay una relación íntima, experimentando abuso y persecución ya sea física, psicológica, sexual o financiera (Tomsich, Tunstall, y Gover, 2016). También se presenta lo que se conoce como violencia indirecta, donde no se permite al cónyuge estudiar o trabajar, éste puede ser aislado, algunas veces encerrado en el hogar siendo restringida su libertad (Arriagada, y Godoy, 1999). Quienes han vivido estos tipos de agresiones podrían experimentar depresión, desórdenes alimenticios, problemas de sueño, conductas de riesgo o auto líticas, abuso de sustancia, entre otros (Tomsich, et al., 2016).

En un estudio transcultural que llevó a cabo la Agencia de las Naciones Unidas para los derechos de la mujer en América Latina y el Caribe, Arriagada, y Godoy, (1999) señalan que en 90 sociedades estudiadas se estima que los hogares con un estilo de crianza autoritario en los cuales la agresión es socialmente aceptada como un medio para resolver conflictos, es el entorno donde generalmente esta conducta se presenta. En Latinoamérica las cifras muestran que más de la mitad de las mujeres han sufrido violencia en el hogar, en algún momento de su vida. De estos datos, se estima que alrededor del 45% fue sujeto de insultos, amenazas y destrucción de objetos personales mientras que el 33% del total fue víctima de ataque sexual. Según el país de estudio los índices van desde el 40% al 80% del total de mujeres en 1997, siendo los más bajos los que se presentan en ciudades como Santiago de Chile (40.7%) y Montevideo (47.3%), seguidos por Managua (52.6%) y Quito (60%), hasta llegar a la cifra más alta reportada en Lima (88%).

Según el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censo (2012) en el Ecuador el 87.3% de las mujeres han sufrido violencia física por su pareja. De estas el 88.2 % no piensa separarse de su pareja. Las provincias en las que se evidencian mayores índices son: Morona Santiago, Tungurahua, Pichincha, Pastaza y Azuay. Por otro lado las provincias donde se presentan menores índices son: Orellana, Manabí, Santa Elena. Si se considera que la agresión fue realizada por parte de la pareja o una ex pareja las cifras muestran que el 87.7% han sufrido violencia física, 76.3% violencia psicológica, 53.5% violencia sexual y el 61% violencia patrimonial.

Según el Departamento de Violencia Intrafamiliar de la Policía Nacional (DEVIF) solamente en la provincia de Imbabura durante los años 2013 y 2014 se produjeron 2.565 casos de violencia intrafamiliar. En la mayoría de estos eventos el agresor era el hombre

(Olmedo, y Boira, 2016). Según el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (2012) en Imbabura el 87.2% de mujeres ha experimentado violencia física por parte de su pareja.

Problema

La violencia doméstica repercute de manera psicológica y comportamental en todos los miembros. Según Amor, Echeburúa, de Corral, Zubizarreta, y Sarasua, (2002) la violencia en la pareja ocasiona que la mujer pueda reunir los criterios para el diagnóstico de estrés post traumático o presente síntomas ansioso-depresivo. Estos autores también han encontrado que en aproximadamente el 60% de los casos la violencia se extiende hacia los hijos. Por otro lado Gámez-Guadix, y Calvete, (2012) han observado que el hecho de haber sido testigo o víctima de violencia intrafamiliar ya sea física o psicológica predispone a que los hijos muestren conductas violentas hacia sus padres.

En la relación de pareja cuando se produce una problemática la responsabilidad recae en proporciones iguales sobre las dos partes en conflicto. En el caso de la violencia intrafamiliar también se evidencia la competencia de las partes involucradas, del que agrede y del que es agredido (Tomsich, et al., 2016). Sin embargo, en esta disertación nos concentraremos en el abordaje terapéutico con el perpetrador buscando la manera de modificar este comportamiento.

Hamilton, Koehler, y Lösel, (2013) señalan que existen algunas medidas que se llevan a cabo para evitar la reincidencia de actos violentos en el hogar de perpetradores en el continente europeo. Akoensi, Koehler, Lösel, y Humphreys, 2013 indican que en Europa durante los últimos 30 años se han desarrollado un amplio rango de programas diseñados para abordar esta problemática. Sin embargo, la escasez de estudios sobre la eficiencia de un tipo de intervención en relación a otro, es algo que permanece sin respuesta en el ámbito de la

psicología. De los estudios que se han realizado tampoco está claro cuáles son los factores determinantes para influir en el cambio de conducta.

Lothstein (2015) hace referencia a que el tratamiento psicológico que se efectúa con los perpetradores se lleva a cabo en terapia individual donde el enfoque tiende a ser la psicoeducación o la terapia cognitiva conductual, entre otras. Sin embargo señala que no existen estudios concluyentes sobre la efectividad de estas intervenciones.

Gondolf (2011) considera que la terapia psicodinámica es el enfoque adecuado para el abordaje con el perpetrador. Esto se debe a que este enfoque permite rastrear los orígenes de lo que se manifiesta como rasgos agresivos en la persona, desde la teoría del apego. Por lo general estas personas experimentan ansiedad, vergüenza, miedo al abandono y baja autoestima, situaciones que se van instalando en la persona desde los primeros años del desarrollo. Considerando que los orígenes del enfoque psicodinámico provienen del psicoanálisis Wassell (1956) menciona que el objetivo inmediato del análisis individual o en grupo es movilizar y organizar al paciente hacia la autorrealización con miras hacia un desarrollo integral del ser humano. Esto incluye apoyar al paciente para lograr una aceptación del dolor y el sufrimiento como un compañero inevitable del crecimiento personal. El análisis en grupo constituye entonces un marco potencial de acompañamiento para este trabajo personal.

Lothstein (2015) propone el tratamiento psicológico de los agresores mediante la modalidad de terapia grupal cuyo objetivo es que la persona identifique la raíz que origina la problemática más no los síntomas. Esto se da por la importancia de implementar un modelo multifactorial en el abordaje del tratamiento de la violencia intrafamiliar integrando el

modelo científico psicológico en la violencia humana con la aplicación de terapia grupal y sus descubrimientos recientes sobre la neurobiología en la terapia grupal.

De acuerdo a la teoría del apego sabemos que la personalidad y los patrones de comportamiento se establecen en las interacciones con las personas significativas en las primeras etapas del desarrollo (Yalom, 1995). En el contexto de la terapia grupal los pacientes actúan con los psicólogos y con los demás miembros como alguna vez lo hicieron en su familia de origen. Este tipo de terapia constituye una herramienta poderosa debido al desarrollo de las interacciones interpersonales entre los miembros, lo cual hace posible entender y corregir las distorsiones interpersonales que pudieron ser internalizadas en la familia de origen de los participantes (Vinogradov y Yalom, 1989). Es así que en el grupo se produce una fuerte movilización emocional al tratar temas como: abandono, caos emocional en la niñez, deseo de reconexión con el padre perdido, violencia con el hijo en forma de venganza hacia la pareja, entre otros (Lothstein, 2015).

Según Yalom (1995) la terapia de grupo es un método que ha demostrado su utilidad en muchos ámbitos de la práctica clínica. Es posible conformarlos con miembros que tengan una misma temática que les lleva a buscar apoyo psicológico. En este contexto los principios básicos de la terapia grupal (encuadre de la terapia, guía de los co-terapeutas, manejo de las interacciones) serán empleados a una situación clínica específica. Es importante que en este tipo de grupos se definan los objetivos de la terapia con todos los miembros del grupo para que estos se sientan desde el inicio parte activa del proceso y responsables de su contribución en el grupo. Se debe tener cuidado que las metas siempre sean limitadas, posibles de cumplir para que el proceso terapéutico sea algo realizable y no otro fracaso en la vida de los individuos que participan en este proceso.

Pregunta de intervención

¿Cómo y de qué manera la terapia psicodinámica grupal puede ser una medida eficaz en el tratamiento psicológico del perpetrador de violencia intrafamiliar?

Propósito del estudio

Por medio de este trabajo se busca alcanzar tres objetivos. Primero, identificar los factores que podrían inducir en un individuo a cometer hechos de violencia en el ámbito del hogar. Segundo, estudiar a profundidad el manejo de la terapia grupal psicodinámica. Tercero, analizar de qué manera este enfoque terapéutico puede ser abordado con perpetradores de violencia doméstica y considerar cuál sería la repercusión en los participantes.

Significado del estudio

Bajo el marco del Plan Nacional Ecuatoriano a Favor de la Erradicación de la Violencia en el Hogar, varias acciones han sido encaminadas en este sentido. Esta constituye un área de acción en la cual se hace necesario un trabajo conjunto de: abogados, jueces, policías, trabajadores sociales, médicos, psiquiatras, psicólogos, comunicadores, periodistas, profesores, entre otros. El abordaje no solo debe estar encaminado hacia a la prevención o la pronta denuncia de los hechos y la condena de los actos; sino a la reparación psicológica de todos los involucrados tanto víctimas, testigos o ejecutores.

La importancia de este estudio radica en que el trabajo en grupos terapéuticos con los agresores constituye una herramienta válida a ser aplicada para contribuir en la disminución de hechos de violencia intrafamiliar en el Ecuador.

En las siguientes páginas estará la Revisión de la Literatura dividida en cuatro componentes. Posteriormente se hace referencia a las conclusiones, discusiones y limitaciones del presente trabajo.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Fuentes

Esta disertación se la hará en base a la revisión de investigaciones y artículos científicos publicados en Google Académico, EBSCO y Proquest. También se utilizarán para este efecto libros disponibles en la biblioteca de la USFQ así como otros disponibles en medios electrónicos. Las palabras claves para realizar esta búsqueda son: violencia doméstica, violencia intrafamiliar, violencia de pareja, violencia de género, violencia interpersonal, violencia relacional, agresores, perpetradores, conductas violentas, terapia grupal psicodinámica, psicoanálisis y terapia psicodinámica.

Formato de la revisión de la literatura

La revisión de la literatura se realizará en base a cuatro temas que forman parte del marco teórico. Primero, se investigará sobre cuáles son los factores que subyacen a la conducta violenta y se describirá los tipos de agresores que perpetúan actos de violencia doméstica. Segundo, se estudiará cuáles son las consecuencias de la violencia intrafamiliar en la pareja y en los hijos. Tercero, se hará una revisión sobre la terapia grupal psicodinámica. Finalmente, se analizarán los documentos encontrados en referencia al trabajo realizado en la aplicación de la terapia grupal psicodinámica con perpetradores de violencia doméstica.

DESARROLLO DEL TEMA

Perfil del Agresor

Antes de adentrarnos en las diferentes clasificaciones que se hacen sobre los tipos de personalidades que propician actos violentos en el seno del hogar vamos a detenernos un momento analizando el vocabulario utilizado para referirse a este tipo de conductas tanto por la sociedad, los organismos gubernamentales, los mismos agresores e incluso las personas que reciben el trato abusivo. Posteriormente se hará referencia a cómo el manejo de la ira es un factor determinante en la conducta agresiva hacia la pareja íntima. En la literatura se cataloga la violencia doméstica en relación a los diferentes tipos de ira, a la gravedad de la agresión, el ambiente en donde se lleva a cabo la conducta y a los rasgos de personalidad o de psicopatía del perpetrador. Finalmente nos referiremos a diferentes puntos de vista de los expertos sobre la relación que pudiera o no existir entre la violencia intrafamiliar y el homicidio doméstico.

Uso del lenguaje para referirse a la violencia intrafamiliar.

El lenguaje que se utiliza para referirse a este tipo de conducta tiene relación con la percepción que la persona tiene sobre la misma. En este sentido Hearn (1998) sostiene que para detener la violencia ejercida hacia la pareja íntima sería útil comprender la manera en que los hombres entienden la violencia.

Los hombres pueden hablar sobre su violencia a mujeres conocidas antes, durante o después de la violencia. Los hombres pueden hablar con las mujeres involucradas, con familiares, amigos, personal de la agencia, entrevistadores. Se asume que hablar de violencia informa sobre eventos pasados; también es mucho más y mucho menos que

eso. Por lo tanto, estas no son explicaciones *verdaderas*; más bien son parte de la forma en que la violencia a menudo continúa, menos a menudo se contradice. Hablar de violencia puede implicar actitud defensiva, diversión, negación, así como franqueza, incluso alardeo. Hablar de violencia puede ser emocionante, transmitir amenazas, ser *realmente interesante*. (Hearn, 1998, p. 60).

Kelly y Westmarland (2016) señalan que el vocabulario que usan los agresores de violencia doméstica para comentar los hechos suscitados dan muestra de la minimización que se hace de éstos. La forma de relatar a este tipo de actos es estandarizado a nivel legal, gubernamental, institucional, incluyendo el ámbito médico, legal o trabajo social (Hearn, 1998). Para describir el hecho violento se evoca la *incidentalidad*, la palabra *solamente*, se usa *nosotros* que reemplaza al yo, por lo general se *rechaza el recuerdo*, se *niega la violencia*, o se la justifica al indicar que fue el resultado de que *otro se metió en el camino* (Kelly y Westmarland, 2016).

La investigación ha demostrado que la violencia doméstica responde a un patrón de comportamiento repetitivo; irónicamente se ha institucionalizado el referirse a éstos hechos como un incidente (Kelly y Westmarland, 2016). Estos autores aseguran que los mismos no se presentan como un evento aislado, sino que la agresión se repite una, dos, tres veces hasta constituirse en un patrón de comportamiento. Éste patrón que está relacionado con una red de varias formas de control y poder que se ejerce sobre la persona que es abusada (Coy y Kelly, 2011). Quienes dan testimonio de experimentar estos hechos de manera diaria donde el grado de control al que son sometidas puede llegar a influir sobre la forma de vestirse, los lugares y las personas que frecuentan, el manejo de las tareas domésticas y el cuidado de los niños (Kelly y Westmarland, 2016). El control coercitivo (comportamiento celoso y controlador)

debe ser considerado como un factor de riesgo crítico, incluso para homicidios, y donde continúa, debe ser registrado como violencia doméstica en curso (Coy y Kelly, 2011).

La palabra incidente utilizada en el lenguaje de la legislación penal hace relación a reducir la violencia doméstica a un hecho individual (Hearn, 1998). Este fenómeno sin lugar a dudas es reproducido por quienes la ejercen refiriéndose a los eventos agresivos como: *solamente uno, no tan serio, o que no fue realmente violento* (Hearn, 1998). Los hombres buscan mostrarse como no violentos, que las acciones no son parte de su carácter, la violencia es presentada como un incidente en sus vidas, suelen mencionar que los actos no fueron intencionales y que se arrepiente de ellos (Kelly y Westmarland, 2016). El reducir los hechos violentos a un solo momento proporciona el espacio en el cual el agresor no se responsabiliza sobre la manera en la que trata a su pareja íntima, se saca el evento del contexto en el que ocurre como un patrón recurrente, se pretende que no hubo poder de control sobre los actos, generando un impacto menor al que en realidad tiene (Kelly y Westmarland, 2016).

Una de las maneras en que se trata de reducir la violencia de los actos es usando la palabra *solamente*, la cual por lo general va acompañada de comparaciones con otros actos que pueden ser considerados más serios o violentos (Kelly y Westmarland, 2016). Este tipo de lenguaje se relaciona con el concepto de control coercitivo en la manera de disminuir a la mujer, hacerla sentir pequeña ejerciendo poder sobre ella, cuya vivencia repetida se traduce en una baja autoestima (Kelly y Westmarland, 2016).

A continuación detallaremos las diferentes formas en las que el agresor no se responsabiliza por la violencia infringida (Kelly y Westmarland, 2016). Primero, está el hecho de señalar que no se acuerdan lo que originó la discusión o los actos cometidos. Aparentemente los hombres olvidan los detalles de lo que hicieron, pero en sus relatos se

contradicen al reportar acciones deliberadas. Segundo, otra forma de no asumir la agresión es culpar a cosas u objetos de haberse metido en su camino y haber provocado la agresión.

Tercero, los individuos buscan distanciarse de ser categorizados como perpetradores de violencia hacia la pareja íntima reportando que el uso de la fuerza ha sido mínima. Cuarto, aludir a *nosotros* (evitando el uso del *yo*) cuando se comentan los hechos. Quinto, enfocarse en el uso de la violencia del compañero más no de la suya propia.

Resulta interesante anotar que en las entrevistas que Kelly y Westmarland (2016) mantuvieron con perpetradores de violencia doméstica, estos reconocieron que sabían que sus actos provocaban miedo en sus parejas, varios de ellos estaban conscientes de que sus motivaciones estaban relacionadas con el deseo de dominar, controlar, o manipular y reconocían las heridas causadas.

Algunos autores aseguran que incluso las mujeres que han sido víctimas de actos violentos en el seno del hogar hacen alusión a un evento en particular, es decir que hacen alusión a uno o dos incidentes, lo cual como hemos anotado anteriormente saca a estos sucesos de un contexto cotidiano de maltrato (Evans, 2007). Inclusive las mujeres que han sido abusadas sexualmente por sus parejas sentimentales no usan la palabra violación para referirse a lo sucedido, pretendiendo en alguna manera disminuir la gravedad de los hechos (Evans, 2007).

Factores que subyacen en el perpetrador

La literatura encontrada por lo general hace relación al hombre como perpetrador de agresiones hacia la pareja. Sin embargo, el resultado de algunos estudios de meta análisis sugieren que tanto hombres como mujeres pueden actuar como perpetradores de violencia intrafamiliar (Theobald, et al., 2016). No obstante, los actos más serios de violencia física son

por lo general perpetrados por los hombres hacia su pareja (Theobald, et al., 2016). También se ha encontrado que las mujeres son quienes resultan mayormente heridas como consecuencia de estos eventos inclusive cuando ellas fueron quienes iniciaron el conflicto (Theobald, et al., 2016).

A continuación, nos referiremos a la información que nos ofrece la literatura sobre los diferentes factores que subyacen en este tipo de conducta. Es así que Lothstein (2015) menciona que los desencadenantes de la violencia hacia la pareja íntima o la violencia intrafamiliar son complejos, entre ellos podemos anotar algunos como la humillación, vergüenza, amenaza de pérdida o abandono, desesperación por el deseo de venganza, un anhelo inmaduro de poseer exclusivamente el objeto amado, celos patológicos o estrategias de control que a veces pueden llegar a la ira catatímica (Lothstein, 2015).

Los perpetradores de violencia intrafamiliar por lo general presentan historias complejas de traumas y altos índices de desórdenes de personalidad o psiquiátricos (Elklit, Murphy, Jacobsen, y Jensen, 2018). Distintos autores señalan que además de las experiencias de la infancia, influencias sociales y contextos interpersonales, los hombres que agreden a su pareja íntima se caracterizan por tener problemas relacionados con psicopatologías, distorsiones cognitivas y deficiencia de habilidades sociales (Norlander y Eckhardt, 2005).

En relación con lo mencionado anteriormente resulta ilustrador considerar la investigación realizada por Elklit, et al. (2018) en Dinamarca con 529 personas que habían cometido agresiones hacia su pareja íntima, de los cuales 85.9% eran hombres y el restante 14.1% mujeres, con una media de edad de 35.64 años. Estos autores encontraron que durante la infancia el 84.8% de los perpetradores experimentaron violencia física, el 67.8% violencia psicológica y el 6.5% refirió haber sufrido violencia sexual durante la adolescencia. Un poco

más de la mitad de la muestra 52.4% estuvo relacionada con delincuencia juvenil, el 59.3% tuvo antecedentes criminales en la adultez y el 51.3% fueron convictos criminales. Casi todos los participantes 91.4% reportaron haber perpetrado violencia física a su pareja, el 69.3% violencia psicológica el 3.7% reportaron haber abusado sexualmente. Por otro lado la prevalencia sobre desordenes psiquiátricos fue alta 69.8% y para desordenes de personalidad 76%. El 87.2% de quienes cumplían el criterio para un desorden clínico también cumplieron el criterio para un desorden de personalidad. El desorden de ansiedad fue el que mostro mayor presencia 56.1% seguido del desorden por distimia 28.5% y dependencia de alcohol 25.2%. El desorden delirante estuvo presente en un 3.7% de la muestra, desorden somato morfo 5.1% y desorden bipolar en un 5.7%. El análisis mostró que los varones reunían los criterios significativos para el desorden por distimia y dependencia de alcohol, mientras que las mujeres tenían una alto índice de depresión mayor y desorden delirante.

Diferentes tipos de perpetradores

Varios autores basan las clasificaciones que hacen de los perpetradores de violencia doméstica en relación con el manejo de la ira. Es así que Norlander y Eckhardt (2005) indican que una característica interna particular encontrada en los varones abusivos es la presencia de ira perturbada y hostilidad, constituyéndose en un factor de riesgo para la violencia en la pareja. La manera en que se controla la ira es un factor que diferencia a los individuos que tienen conductas violentas hacia su pareja íntima y los que no la presentan (Amor, Echeburúa, & Loinaz, I. (2009). Los perpetradores con una conducta de mayor riesgo muestran índices de ira y hostilidad mayores que los que tienen una agresión moderada (Norlander y Eckhardt, 2005).

Murphy, Taft, y Eckhardt, (2007) hacen una clasificación de los perpetradores de violencia en base al manejo que estos presentan sobre su ira. En esta clasificación se incluye la ira patológica, bajo control de la ira e ira normal. Las personas que presentan ira patológica por lo general tiene muy poco control sobre ella, se caracterizan por una autoestima baja y presentan un perfil de personalidad limítrofe, rasgos psicopáticos, abuso de sustancias, ideas de venganza y de control. Estos individuos son los que presentan una violencia más severa y en caso de estar en tratamiento, presentan una mayor predisposición para abandonarlo y continuar con la conducta abusiva. Por otro lado, las personas que presentan un bajo control de la ira por lo general tienen una incidencia alta de conductas agresivas. Estos autores aseguran que una vez que estos individuos concluyen el tratamiento, siguen presentado conductas abusivas, especialmente maltrato psicológico. Las personas que no evidencian un problema especial con respecto al control de la ira son las que se consideran dentro del grupo de ira normal. Estas últimas presentan conductas agresivas leves y tienen mayor pronóstico de éxito con el tratamiento.

Analizaremos ahora otros factores que se consideran en la literatura para clasificar a este tipo de agresores. Juodis, Starzomski, Porter, y Woodworth (2014) indica que los perpetradores de violencia doméstica pertenecen a un grupo muy heterogéneo. Holtzworth-Munroe, y Stuart (1994) proponen la existencia de tres tipos de perpetradores de violencia hacia su pareja íntima: limítrofe o disfórico, generalmente violentos, solamente intrafamiliar. Esta clasificación se hace en base a la gravedad, la generalidad de la violencia y la evidencia de psicopatología. En el subtipo limítrofe o disfórico se encuentran perpetradores que presentan características del trastorno de personalidad. Dentro del grupo generalmente violentos se encuentran agresores que han cometido actos violentos tanto al interior del hogar como fuera de él y constituye el subtipo en el que se incluye el mayor número de

perpetradores. Solamente intrafamiliar hace referencia a individuos que presentan una psicopatología ligera y que la violencia es expresada únicamente hacia miembros de la familia. A pesar de que existen algunos reparos sobre esta clasificación se debe señalar que la academia sugiere que los individuos clasificados en el grupo limítrofe o disfórico así como en el generalmente violento están por lo general motivados por una necesidad de control, la violencia, que no es mutua, tiende a escalar con el tiempo incluyendo actos donde la mujer sufre heridas (Theobald, et al., 2016).

Estos autores, Holtzworth-Munroe, y Stuart (1994), señalan que existe otro grupo de hombres perpetradores de violencia hacia la pareja íntima que presentan rasgos de personalidad asociados con el Cluster B del DSM IV TR. Los rasgos dramático emocional o errático están clasificados en el Cluster B como histriónico, narcisista, limítrofe, y desorden de personalidad antisocial. La psicopatología presenta a menudo co-morbilidad con los desórdenes del Cluster B.

En la investigación realizada por Theobald, et al., (2016) se usó información del Estudio Cambridge sobre el Desarrollo de la Delincuencia (CSDD) en el cual se realizó una prospectiva longitudinal con 400 niños nacidos en 1950 a quienes se les hizo un seguimiento hasta la edad de 50 años. Los autores realizaron una encuesta a 411 personas de este grupo quienes provenían del centro de la ciudad que fueron reclutados a los 8 años y participaron en un seguimiento longitudinal de 40 años. 87% de la muestra eran personas de raza blanca de origen británico, el 93.7% de los padres eran empleados que realizaban trabajo manual no calificado o semi-calificado. Los participantes en el estudio fueron entrevistados y examinados en dos momentos distintos: a los 32 y 48 años de edad. Los resultados obtenidos mostraron que las personas que cometen violencia de esta muestra constituyen un grupo

heterogéneo y quienes son generalmente violentos, tanto dentro como fuera del hogar, tuvieron los puntajes más altos en todas las facetas de PCL:SV (Escala de Evaluación de la Psicopatología de Hare).

Considerando los rasgos de personalidad más allá del elemento antisocial se encontró que el estilo de vida es un predictor independiente significativo en todos los grupos. Sin embargo, en el grupo de perpetradores violentos únicamente en el entorno familiar la asociación fue negativa. En este estudio, el estilo de vida mide la tendencia del individuo hacia la impulsividad y la irresponsabilidad. En los hombres quienes presentaron una convicción violenta, los tres elementos eran predictivos de forma independiente, pero el componente de estilo de vida fue el más significativo con el elemento interpersonal. El predictor interpersonal corresponde a un estilo manipulativo, arrogante y engañoso. Esto es lo que se debe esperar en sujetos que se presentan más crónicos y versátiles en la muestra. Para los hombres generalmente violentos tanto los elementos afectivos como de estilo de vida constituyen predictores independientes fuertes con un mayor *efecto de tamaño* en este grupo que el de convicciones violentas. Lo cual sugiere que estos hombres tienen mayor déficit en cuando al dominio de la respuesta emocional, caracterizado por psicopatía y agresión intrafamiliar.

Los resultados encontrados por estos autores en el mismo estudio, muestran que los hombres generalmente violentos se distinguen entre los que cometen crímenes violentos fuera del hogar y los que están involucrados en violencia hacia la pareja íntima. Estas diferencias parecen estar relacionadas más con el grado que con la clase, con la excepción de los hombres que solamente perpetúan violencia intrafamiliar como reacción a la agresión física o psicológica de su esposa.

Otro factor social contextual encontrado en este estudio es la asociación de la violencia hacia la pareja íntima con el estatus económico bajo, problemas financieros y otros asuntos familiares que son más pertinentes en el grupo de perpetradores que actúan solamente en el entorno familiar. Las características individuales afectan las respuestas comportamentales hacia factores que pueden causar angustia en el entorno familiar, pero es probable que aquellos que tienen una predisposición a la violencia sean quienes usan este tipo de comportamiento en su beneficio.

La investigación sugiere que el nivel de ofensas ya sean violentas o no por lo general disminuyen con la edad, así como también sucede con algunos rasgos de desórdenes de personalidad especialmente después de los 40 años de edad (Theobald, et al., 2016). Los eventos perpetuados hacia la pareja íntima fueron mayormente prevalentes a la edad de 32 años que los encontrados a los 48 años. Los datos obtenidos sugieren que tanto los individuos que presentan rasgos psicopáticos como los que no, tienen igual riesgo de ser sentenciados.

Violencia intrafamiliar versus homicidio doméstico

Los estudios muestran que los factores de riesgo para que la violencia doméstica pueda transformarse en homicidio doméstico tiene que ver con el comportamiento abusivo que incluye amenazas, actitudes de control de la conducta, celos, actividad sexual forzada, acecho, y el impacto en la conducta suicida en la pareja (Juodis, et al., 2014).

Para Kivisto (2015) en la literatura existen dos teorías diferentes que versan sobre los factores que explicarían el cometimiento de homicidio hacia la pareja íntima. La primera constituye la concepción de ésta como el extremo final de un continuum de la violencia doméstica, como el punto final de escalada de la violencia hacia la pareja (Wilson, y Daly, 1992). La otra refiere que el homicidio representa una conducta distinta que requiere otra

explicación (Gelles, 1991). Las investigaciones muestran que ninguna de las dos concepciones se pueden considerar independientemente en todos los casos (Kivisto, 2015). Un gran rango de prevalencia de violencia previa en la pareja y la heterogeneidad de la misma requiere un análisis individual de cada caso (Kivisto, 2015).

Los datos encontrados en diferentes estudios son bastante disímiles y se estima que entre el 22 al 77 % de los hombres que cometieron homicidio a la pareja íntima reportaron violencia intrafamiliar previa (Kivisto, 2015). Por otra parte en una muestra de perpetradores de homicidio doméstico se encontró que el 39% había sido testigo de violencia parental donde ésta era en general perpetrada por el padre hacia la madre (Stout, 1993).

Existen factores de riesgo que diferencian la violencia hacia la pareja íntima fatal de la no fatal (Kivisto, 2015). Utilizando el Inventario Clínico Multiaxial de Millon se encontró que los rasgos de personalidad entre estos dos tipos de perpetradores son también distintos (Kivisto, 2015). Los agresores que no llegaron a consecuencias fatales mostraron evidencia significativa de elevación en las escalas sádica, antisocial y pasivo agresivo (Kivisto, 2015). En contraste los perpetradores sentenciados por homicidio a la pareja íntima reportaron una mayor elevación de las escalas: esquizoide, evitativo, dependiente, pasivo-agresivo y auto sabotaje (Kivisto, 2015). Se debe recalcar la naturaleza sobre controladora de los perpetradores de homicidio a la pareja íntima frente a las características de personalidad antisocial mostrada por los agresores que no llegan a provocar consecuencias letales (Kivisto, 2015). La ira reprimida constituye una característica de quienes comenten homicidios contra su pareja y no así la violencia expresada (Kivisto, 2015).

Perfil psicopático

El perfil psicopático se caracteriza por individuos que no presentan culpa o remordimiento y carecen de empatía; muestran emociones superficiales o lábiles, malgenio y son incapaces de formar lazos emocionales fuertes (Juodis, et., 2014). Son superficialmente encantadores, grandiosos, arrogantes, insensibles, engañosos, manipuladores y dominantes (Juodis, et., 2014). Los hombres con rasgos psicopáticos usualmente se caracterizan por presentar mayor frecuencia de ofensas pudiendo estas ser particularmente violentas con mayor probabilidad de reincidencia (Theobald, et al., 2016).

El abordaje psicológico con perpetradores de violencia intrafamiliar que presentan un perfil psicopático no deberá basarse en un tratamiento enfocado en las emociones, terapia verbal orientada hacia la introspección o con carácter psicodinámico (Juodis, et., 2014). En este caso las intervenciones terapéuticas que presentan mejor resultado son las que se enfocan en analizar las posibles repercusiones negativas que la conducta violenta tiene hacia la persona que las comete. La evidencia indica que los psicópatas tienen una historia extensa de comportamiento antisocial que comienza temprano en la infancia (Juodis, et., 2014). Es entonces necesaria una intervención temprana con los niños que muestren problemas de conducta de inicio en la infancia, rasgos insensibles o no emocionales con el objetivo de prevenir el comportamiento antisocial en la edad adulta (Juodis, et., 2014).

Consecuencias de la violencia

En esta sección se analizarán los factores que predisponen o no a una persona para vivenciar una relación íntima donde la violencia en cualquiera de sus formas este presente. Posteriormente se detallarán las secuelas que este tipo de agresiones dejan en la persona que las recibe así como en los menores de edad que pueden ser testigos o también objeto de las

mismas. En base a las recomendaciones que hacen diferentes autores sobre acciones que se pueden tomar como medidas para evitar la aparición de este tipo de conductas, terminaremos este apartado con algunos señalamientos bajo el subtítulo de prevención.

Resulta sorprendente el hecho de que en algunos países del primer mundo la violencia doméstica pase a veces desapercibida como lo aseguran Coy y Kelly (2011) cuando indican que algunas agencias legales en el Reino Unido muestran una falta de comprensión sobre la dinámica de este tipo de relación, la toma de decisiones de las mujeres en el procesos y el impacto del control coercitivo. Los mismos autores señalan que es por este motivo que se ha realizado un trabajo esencial con las víctimas-sobrevivientes para permitirles reconocer y nombrar las agresiones, así como mejorar la comprensión de las complejidades de la violencia intrafamiliar.

De la experiencia recogida en centros de acogida y de consejería para mujeres que han experimentado violencia doméstica se ha encontrado que aquello puede sucederle a cualquier mujer sin importar su nivel de educación, ingresos, nacionalidad, religión, edad o etnia (Flury, Nyberg y Riecher-Rossler, 2010). Lo cual desmiente las creencias que la sociedad pudiera tener en cuanto a que estas agresiones se presentan en un determinado estrato social.

Con la finalidad de conocer si los eventos violentos vividos en la infancia son un factor influyente para que en la edad adulta las personas sigan siendo blanco de éstas agresiones Amor, et al., (2002) llevaron a cabo un estudio con la participación de 212 mujeres de entre 38 a 40 años de edad. Quienes en el momento de la investigación estaban casadas y en trámites de separación, pertenecían a un estrato socioeconómico bajo, habiendo sido víctimas de violencia intrafamiliar por un periodo promedio de 13 años. Encontrando que el 80% de éstas no habían sido testigos o habían sufrido violencia en su familia de

origen, hecho por el cual, estos autores al igual que los citados anteriormente concluyen que la violencia doméstica no constituye un fenómeno de transmisión intergeneracional.

Las mujeres que experimentaron violencia inter-parental en su niñez o adolescencia posteriormente en la vida tienen una probabilidad mayor al doble de experimentar violencia por una pareja íntima que las que no tuvieron esta experiencia, 47% frente a 21% (Flury, et al., 2010). Las mujeres que en la niñez han experimentado violencia por parte de un padre de manera frecuente u ocasionalmente tienen el triple de posibilidad de experimentar violencia por parte de una pareja íntima (Flury, et al., 2010). En estos estudio se hace evidente que este tipo de violencia no está relacionada con el nivel educativo ni social (Flury, et al., 2010).

Con la finalidad de entender cuáles podrían ser los factores que contribuyen para que este tipo de conductas se perpetúen revisaremos los resultados de la investigación realizado por Amor, et al. (2002) quienes concluyen que las mujeres no buscan apoyo para salir del círculo de violencia, debido a la dependencia económica, afectiva y social que tenían de su pareja, así como por la idea ingenua de la remisión espontánea de la violencia. Las mujeres experimentan una relación abusiva y agresiones en el seno del hogar mucho tiempo antes que los familiares, la policía o las autoridades lleguen a tener conocimiento de esta (Juodis, et al., 2014).

La literatura indica que la separación de la pareja o el divorcio son circunstancias en las que se producen actos violentos, esto no quiere decir que este tipo de violencia no se haya sido parte de la historia de la pareja, sino más bien que tal vez en este momento es cuando la mujer tiene el valor para reportarlo. Como evidencia empírica de lo señalado nos referiremos al estudio llevado a cabo por Flury, et al., (2010) en Alemania entre el 2002 al 2004. Quienes determinaron que los factores de riesgo para el origen de la violencia y/o el mayor grado de

incidencia de ésta es la separación de una relación o el divorcio, así como el hecho de haber experimentado previamente violencia en la niñez o en la adolescencia.

Siguiendo esta misma línea Juodis, et al., (2014) encontraron que en Canadá el 70.3% de homicidios domésticos ocurrían cuando la pareja estaba separada. El 62.2 % del total estaba relacionada con violencia constante y celos, 54.1% de los perpetradores controlaban las actividades diarias de la pareja, 45.9% estaban asociados con el involucramiento de una nueva relación sentimental en la vida de la mujer y el 21.6% en el contexto de una disputa formal o informal de la custodia o el acceso a los hijos.

Nos adentraremos ahora en las secuelas que dejan este tipo de agresiones en la persona que las recibe. Valor-Segura, et al., (2008) considera que la violencia afecta a la mujer en diferentes aspectos, cuyas consecuencias pueden evidenciarse a corto, mediano o largo plazo. Los efectos pueden ser directos o indirectos, en un rango que abarca desde heridas físicas, quejas somáticas, afectaciones psicológicas a nivel mental como emocional, mismas que pueden llegar a tener consecuencias fatales (Valor-Segura, et al., 2008). Repercutiendo en la manera en que la mujer cuida su salud y las oportunidades de atención médica que ésta tiene a su alcance (Flury, et al., 2010). Algunos estudios realizados en países americanos angloparlantes refieren que la violencia física ocasiona heridas por golpes o armas blancas, fracturas, daños en la cabeza o en la columna vertebral (Flury, et al., 2010). Las quejas psicosomáticas por su parte involucran dolores de cabeza, espalda, pecho y abdomen, así como desórdenes gastrointestinales o en la salud menstrual y reproductiva (Flury, et al., 2010).

Las consecuencias psicológicas de la violencia doméstica son numerosas presentándose principalmente: depresión, ansiedad, ataques de pánico, nerviosismo,

insomnio, problemas de concentración, afectaciones en los sentimientos y en la percepción de la sexualidad, miedo a la intimidad, pérdida del autoestima y del auto respeto (Flury, et al., 2010). Estas mujeres por lo general presentan afectaciones psicológicas como miedo al agresor, vergüenza, baja autoestima, dependencia emocional y la imposibilidad de reconocer el fracaso en la relación (Valor-Segura, et al., 2008). Factores como la convivencia con el agresor, la falta de redes de apoyo, la dependencia económica de la pareja, los problemas relacionados con la vivienda, acrecentan la presencia de psicopatologías en estas personas (Valor-Segura, et al., 2008).

Para corroborar lo señalado anteriormente a continuación se presentan los resultados de algunas investigaciones realizadas por diferentes autores. Flury, et al., (2010) muestran que el 37% de las mujeres entrevistadas que han experimentado violencia se su pareja intima sufren depresión, 46% ansiedad y ataques de pánico, y el 45% tienen desorden de estrés post traumático. Por otro lado, Amor, et al. (2002) muestran que el 46% de las mujeres que participaron en su estudio por haber sufrido este mismo tipo de violencia, presentaban trastorno de estrés postraumático. Este grupo estaba conformado por quienes habían experimentado violencia sexual o sufrieron agresiones más recientemente. El 66% de la varianza fue explicada por la presencia de estrés postraumático y sintomatología ansiosa depresiva.

Amor, et al. (2002) indican que las mujeres que han sido víctimas de cualquier tipo de violencia crónica en el seno del hogar pueden desarrollar un perfil ansioso depresivo donde el abandono, el aislamiento social y la desesperanza hacen que la vida diaria se vea afectada seriamente. Algunas mujeres que viven años de violencia con su pareja sufrieron también violencia en su infancia, son quienes por lo general no denuncian los hechos vividos y

presentan mayor malestar emocional (Amor, et al., 2002). No se debe descartar el hecho de que experimentar violencia en una relación íntima puede desencadenar en la víctima un abuso de sustancias como alcohol, drogas o medicamentos de prescripción que produzcan efectos calmantes (Flury, et al., 2010).

Ahora nos referiremos a una investigación llevada a cabo en Australia para medir las consecuencias a largo plazo de la violencia intrafamiliar con mujeres que estaban ya separadas de su pareja, quienes habían permanecido en una relación abusiva por un periodo con media de 10.6 años (Evans, 2007). Participaron 134 mujeres con una media de edad media de 43.8 años quienes indicaron haber tenido en una relación conflictiva por un periodo de 9 años, como media. Los resultados en relación con los aspectos psicológicos indicaron que en el momento del estudio 76% de las mujeres todavía presentaban problemas con su propia estima y 81% mantenía un nivel de confianza bajo respecto a terceros. El 57% de los participantes sufría el momento del estudio de un grado de depresión, del cual, el 13% lo describió como severo. El 99% de los participantes manifestó experimentar tristeza permanente, 75% de ellos, reportó sufrir esta tristeza a menudo. El 90% de las participantes indicaron síntomas, pero solamente 6% cumplieron con los criterios para el diagnóstico para desorden de estrés post traumático. El 17% de las mujeres experimentaba agorafobia, el 15% cumplía los criterios de diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo, 10 % presentaba problemas alimenticios y 5% experimentaron perdida temprana del cabello.

En lo referente a los daños físicos a largo plazo Evans (2007) señala que 45% de las mujeres encuestadas refieren tener en la actualidad problemas en su cuerpo relacionados con el abuso pasado. La queja más común entre las mujeres que participaron en el estudio era que el 53% sufría dolores de cabeza. De ellas el 17% era de moderado a severo y el 12% severo.

Entre otras sintomatologías se puede anotar que el 28% reportó sufrir dolor crónico, 27% habían tenido pérdidas relacionadas con la visión y el oído y el 23% sufría de artritis. En lo que se refiere a la artritis este autor señala que la prevalencia en la población australiana para el 2004 era del 14.6% por lo cual indica que la incidencia de esta enfermedad en las mujeres del estudio es sustancialmente elevada. El 14% de las entrevistadas tenía cáncer el momento del estudio, el 10% reporto tener problemas dentales como consecuencia del abuso, el 7.5% todavía sufría de efectos posteriores por haber tenido huesos rotos durante el abuso. El 5.3 % reporto caída prematura de cabello, el 4% presentaba problemas de colesterol, y el 1.5% habían tenido menopausia anticipada. Solamente el 12% reporto tener una buena salud el momento del estudio.

Evans (2007) refiere que de las mujeres entrevistada el 8% reportaron actividad sexual forzada durante la relación abusiva, estas mujeres enfrentaban problemas de autoestima el momento del estudio. En el largo plazo se encontró que el abuso sexual sufrido afectaba a estas mujeres de diferentes maneras. El abuso sexual es uno de los eventos mayormente reprimidos ya sea de manera consciente o inconsciente y puede conducir a sentimientos prolongados de vergüenza y culpa (Greenspan y Samuel, 1989). Marshall y Holtzworth-Munroe (2002) señalan que existe una relación fuerte entre la agresión física y la agresión sexual del hombre.

Los tentáculos de la violencia doméstica van más allá de la afectación a la pareja íntima, alcanza a los menores de edad que viven en el hogar. Los niños o adolescentes sufren las secuelas de estas conductas no solamente al ser ellos también violentados sino por el solo hecho de ser testigos de la relación abusiva. Esta es una problemática compleja ya que como veremos a continuación no es únicamente uno de los adultos el que agrede, el adulto que es

víctima puede también convertirse en agresor, violentando los menores. Edleson, 1999 señala que entre el 30% al 60% de los estudios analizados dejan ver que la violencia de pareja está relacionada con el maltrato infantil. Por lo general el agresor tiene una conducta violenta con la compañera pero también con los hijos. A su vez se presentan casos de que el hombre agrede a su pareja y esta última o los dos agreden a los niños (Edleson, 1999).

Los eventos vividos generan confusión, los menores no entienden lo suscitado sintiéndose asustados, ansiosos e indefensos (Patrón Hernández y Limiñana Gras, 2005). Estos niños guardan sentimientos de miedo, ira, enojo, angustia o culpabilidad (Patrón Hernández y Limiñana Gras, 2005). Los menores a menudo creen que alguna conducta suya fue el desencadenante de la violencia, asumiendo responsables de actos ajenos; por otro lado también se sienten culpables de no poder proteger a la madre o de querer a su padre a pesar de su comportamiento (Patrón Hernández y Limiñana Gras, 2005).

Se ha evidenciado que estos menores por lo general muestran resultados inferiores en cuanto rendimiento escolar y/o desarrollo de competencias sociales; presentan también niveles de depresión, ansiedad y sintomatología traumática comparado con el grupo de control (Patrón Hernández y Limiñana Gras, 2005).

En el caso de los niños que han experimentado algún tipo de violencia ejercida hacia la madre y hacia ellos, el daño es mayor debido a que se les ha privado del sentimiento de seguridad y de la percepción de tener control sobre su vida y sus actividades (Patrón Hernández y Limiñana Gras, 2005). Los eventos violentos dentro del contexto familiar suelen repetirse intermitentemente en un periodo de varios años, donde la experiencia traumática se repite constantemente (Patrón Hernández y Limiñana Gras, 2005). Lo que para los menores es

interiorizado como incontrolable, generando una ansiedad que podría llegar a ser paralizante (Patrón Hernández y Limiñana Gras, 2005).

La violencia experimentada por los niños en el seno del hogar hace que estos sean vulnerables en su desarrollo psicológico. Varias investigaciones muestran que los menores desarrollan tanto conductas producto de las experiencias vividas; mostrándose agresivos, antisociales, miedosos e inhibidos (Patrón Hernández y Limiñana Gras, 2005). Existen estimaciones de que entre el 25% al 70% de menores que han experimentado violencia presentan conducta agresiva o violenta. Otros estudios muestran que 22,50% los niños violentados incluso muestran conducta violenta hacia la madre (Corbalán, y Patrón, 2003, May).

Evans (2007) encontró que la mayoría de las conductas y la extensión de las dificultades experimentadas tanto en los menores como en las madres disminuían luego de que se puso fin a la situación abusiva (Evans, 2007). Luego de la separación, algunos problemas, como ansiedad o estrés y la agudización de la agresión, empeoraron inmediatamente después por ser un momento de mayor ajuste. Sin embargo, con el paso del tiempo estos disminuyeron (Evans, 2007).

Prevención

Debido a que las investigaciones nos dejan ver que las agresiones hacia la pareja íntima se presentan en momentos de separación o divorcio algunos autores hacen la siguiente recomendación hacia quienes podrían ser el blanco de esta conducta. Si la mujer está planeando dejar a un perpetrador de violencia doméstica que presenta alto riesgo de agresividad es recomendable que ella no le informe o le hable personalmente sobre esta

decisión; sería más apropiado que le deje una nota o le llame después en caso de ser necesario (Juodis, et al., 2014).

Un aspecto en el que los autores señala hace falta actuar es en el ámbito médico, un abordaje apropiado podría incidir en que este tipo de violencia disminuya. Flury, et al., (2010) señalan que en los países industrializados son los médicos generales y los ginecólogos quienes son el primer contacto de las víctimas de violencia doméstica. Estos autores consideran que es importante que el personal médico no solamente este alerta y entrenado para su reconocimiento, sino que debe tener el conocimiento y las habilidades para el manejo de las personas afectadas por la violencia. También aseguran que la información y la educación no solo del personal médico sino de los estudiantes de medicina pueden reducir la inseguridad y contribuir a mejorar la situación de las mujeres que sufren violencia.

Adentrándonos ahora en lo que verdaderamente constituye la prevención la literatura considera importante el trabajo no solo con los adolescentes sino también con los niños. Juodis, et al., 2014 aseguran que una de las estrategias más prometedoras en cuanto a la prevención de violencia intrafamiliar es incluir en el currículo escolar un programa de prevención de violencia en las relaciones de pareja. Existe evidencia que sugiere que la enseñanza a los jóvenes sobre relaciones saludable en el largo plazo podría reducir la violencia en la pareja lo cual representaría un costo menor para el estado. Los varones necesitan aprender habilidades que son necesarias para formar y mantener relaciones íntimas saludables caracterizadas por la igualdad (Juodis, et al., 2014). También necesitan aprender cómo afrontar de manera apropiada los conflictos que pueden presentarse en estas relaciones, especialmente cuando hay un potencial de terminación de la relación íntima (Juodis, et al., 2014).

Hay quienes incluso consideran que llevar a cabo programas de prevención sobre este tema en la adolescencia puede resultar tarde en la vida de una persona. Proponen que se realicen intervenciones mucho antes cuando los niños están aprendiendo a tolerar la frustración. Theobald, et al., (2016) señalan que ha habido proyectos de prevención de violencia hacia la pareja íntima dirigidos a adolescentes pero tal vez esto debería empezar antes de que estos lazos se formen. Estos mismos autores aseguran que resultaría mejor intervenir en las etapas tempranas del desarrollo abordando en una perspectiva más amplia las posibles causas de una conducta violenta la cual se constituye temprano en el curso de la vida.

Terapia Grupal Psicodinámica

Este apartado trata diferentes aspectos que se deben tener en cuenta no solamente el momento de formar un grupo, sino durante el proceso terapéutico. Se hace alusión a los beneficios de este tipo de trabajo y las posibles dificultades que se pueden presentar en el camino. Se empieza con un abordaje teórico de lo que constituye un grupo terapéutico para luego señalar como fluyen en éste las interacciones de los miembros. Posteriormente se analizan las normativas que fomentan el trabajo terapéutico, se abordan aspectos técnicos en lo referente a número de miembros, horarios de reunión, duración de las sesiones, tipos de grupos, y se señalan aspectos importantes que se deben tomar en cuenta el momento de constituir el grupo, para así adentrarse en los factores terapéuticos de los cuales se nutren los miembros del grupo, la importancia del aquí y el ahora, el rol del terapeuta y el papel de la voluntad.

En lo referente a la teoría desde el enfoque psicosocial, iElias, Arredondo, y Virgili, señalan que “un grupo es esa estructura de vínculos y de relaciones entre las personas que se

orientan en cada circunstancia en función de sus necesidades individuales sin olvidar los intereses colectivos” (2009, p. 18). Estos autores consideran que la conciencia que la persona tenga sobre su pertenencia a un grupo puede ser objetiva o subjetiva. La conciencia objetiva es el conocer que la persona forma parte de un grupo. Por otro lado, la conciencia subjetiva está dada por la manera en la que las vivencias en el grupo sean una referencia en la vida del individuo y en su identidad. A su vez, Tajfel (1984) coincide en que es justamente esta pertenencia subjetiva la que permite la conformación del grupo psicológico.

Desde la perspectiva de Yalom (2000) refiere que el marco en el que se desarrolla un grupo terapéutico donde la estructura que es bastante libre, constituye el entorno ideal para la reproducción del microcosmos social. Esto se traduce en que los miembros empezarán a ser ellos mismos y actuarán en el grupo como lo hacen generalmente en sus entornos más íntimos. Díaz Portillo (2000) considera también que la terapia de grupo no estructurada, sin una agenda a seguir, donde el rol del líder y los miembros están esbozados ligeramente, fomenta una participación verdadera. Las patologías o conductas personales no adaptativas de los individuos se manifestarán en las interacciones del grupo, cuando estos sientan que pueden comportarse de manera natural, sin reservas (Yalom, 2000). Los terapeutas podrán de esta manera observar y entender las dinámicas conductuales de cada paciente. La esencia de la terapia psicodinámica es explorar esos aspectos del yo que son desconocidos, los cuales se manifiestan e influyen en la relación terapéutica (Shedler, 2010).

Encuadre

El encuadre y el objetivo terapéutico son aspectos que sostienen al grupo en su funcionamiento, este primero hace referencia a la normativa bajo la cual se llevan a cabo los encuentros, la organización física, temporal, económica y el tipo de comunicación esperada

entre los miembros (Díaz Portillo, 2000). La situación en este contexto comprende todos los objetivos reales de las circunstancias y las reglas implícitas o explícitas observadas en el encuentro (Foulkes, 2018). Por otro lado, el contrato constituye el marco bajo el cual operan tanto los terapeutas como los participantes, una serie de normas no coercitivas sobre el rol que cada uno tiene, las reglas básicas sobre las que se maneja el grupo y los fines que persigue éste (Díaz Portillo, 2000). El contrato puede estar establecido de antemano pero también puede irse desarrollando en el proceso; es decir que las partes se van poniendo de acuerdo a lo largo de la terapia grupal sobre lo que es permitido y acordado por los miembros.

La identidad de un grupo está dada por sus características generales, la totalidad que lo diferencia de otros, las partes que lo conforman, la relación entre éstas y las normas de pertenencia (Eliás, Arredondo, y Virgili, 2009). La experiencia demuestra que el grupo acepta a una persona cuando ésta ha demostrado cumplir con las normas de procedimiento del grupo; las mismas se van generando en el proceso grupal, normas de inclusión y aceptación sin exponer juicios se establecen en una etapa inicial (Yalom, 2000). El desarrollo psicológico de la persona se ve favorecido por el hecho de pertenecer a un grupo y contar con su aceptación; en el caso de algunos pacientes psiquiátricos que no tienen en su historia de desarrollo el hecho de haber pertenecido a grupo de pares, esta constituye una experiencia valiosa (Yalom, 2000).

En lo referente al número ideal de participantes, Díaz Portillo (2000) considera que el grupo puede estar constituido por 6 a 10 personas, refiere también que cuando el grupo está conformado por un número de 8 o más miembros se promoverán interacciones interesantes.

No obstante, indica que un número mayor a 10, se dificultara que todos los miembros puedan elaborar las diferentes situaciones que van surgiendo durante la terapia.

En cuanto a la frecuencia de las reuniones, el mismo autor señala que éstas se deben llevar a cabo una vez por semana, la misma que puede tener una duración de entre 80 minutos a 2 horas y media, según el criterio de los terapeutas. Indica también que el grupo puede acordar tener eventualmente sesiones prolongadas de entre 6 a 12 horas de duración donde se busca trabajar con técnicas de acción. Estas actividades se las puede realizar en el mismo sitio donde habitualmente se reúnen o en un lugar que ofrezca un espacio más amplio. Generalmente en co-terapia se proponen ejercicios que aceleran el proceso terapéutico por medio de la intensificación de la regresión y la disminución de las resistencias (Díaz Portillo, 2000). Es importante que toda la información que se obtiene en estas sesiones prolongadas se retome en las sesiones habituales del grupo. Sin embargo, los autores señalan que pasadas las 12 horas de trabajo, tanto los miembros como los líderes del grupo, por lo general, disminuyen su atención.

Según Díaz Portillo (2000) el período de tiempo en el cual se lleven a cabo las reuniones del grupo puede ser considerado un grupo de tiempo limitado o sin límite. El grupo de tiempo limitado establece con antelación el número de veces que se reunirá, que por lo general es de alrededor de 9 a 12 meses. Por otro lado, el grupo de tiempo no limitado, no tiene una fecha en la que dejará de reunirse, dejando esta decisión abierta al grupo. A su vez el mismo autor propone que los grupos pueden ser cerrados o abiertos. Los grupos cerrados son los grupos en los cuales no se puede integrar miembros adicionales, una vez iniciado el proceso terapéutico. A su vez los grupos abiertos pueden llegar a tener una rotación de sus participantes. Son grupos en los que se integran y se despiden miembros constantemente. En

la práctica clínica existe otro tipo de grupo que se denomina de apertura lenta (Díaz Portillo, 2000). Este grupo está formado por lo general por 5 miembros donde se permite la entrada y la salida de miembros mientras estos van cumpliendo sus objetivos terapéuticos.

A su vez, Foulkes (2018) sugiere que hay dos tipos de grupos. El primero denominado grupo operativo o el grupo de vida, donde el conflicto por lo general surge en el camino. El segundo es el grupo de individuos no relacionados reunidos con un objetivo específico. Díaz Portillo (2000) reconoce que para efectos terapéuticos lo más enriquecedor para el grupo es la heterogeneidad de sus miembros. Jensen, et al. (2010) señala que en Dinamarca es muy frecuente en la práctica terapéutica el manejo de grupos con enfoque psicodinámico de corta duración formado por miembros heterogéneos cuyo resultado muestra un *tamaño de efecto* que va de medio a alto.

Foulkes (2018) considera que la terapia de grupo psicoanalítica puede ser aplicada en grupos de diversa índole, entornos educativos, hospitalarios, laborales. Las personas que conforman un grupo terapéutico pueden ser personas que no se conocen y se reúnen solamente para efectos de la terapia grupal o por otro lado pueden ser personas que forman parte de un proyecto, que trabajan juntas, que comparten actividades culturales artísticas o deportivas entre muchas otras tantas posibilidades (Foulkes, 2018).

Conformación del grupo

Solamente después de que los terapeutas hayan construido los fundamentos, la estructura, los objetivos y la tarea del grupo que desean formar, podrán empezar a seleccionar a los participantes que lo conformarán (Vinogradov y Yalom, 1989). Cuando se reclutan los miembros del grupo se deberá tener especial cuidado en el hecho de que los participantes puedan desarrollar la tarea propuesta y que contribuyan a la cohesión del grupo (Yalom,

1995). Los criterios de inclusión que se deben considerar son la habilidad para desarrollar la tarea del grupo, la motivación para participar en el tratamiento, la presencia de problemáticas compatibles con los objetivos del grupo, el compromiso para asistir a todas las reuniones y permanecer durante todo el desarrollo de la sesión (Vinogradov y Yalom, 1989). La formación cuidadosa de un nuevo grupo puede requerir varias semanas, lo cual puede resultar en un periodo largo de tiempo para quienes ya han sido aceptados, esta desventaja puede ser aliviada si el paciente recibe terapia individual mientras espera por la formación del grupo (Wassell, 1966).

En ciertas ocasiones se hace necesario que los líderes del grupo tengan que retirar a algún miembro que consideren interfiere con el grupo debido a que su comportamiento se aleja de los parámetros o estándares usuales, a su falta de motivación para el cambio, a la imposibilidad de cumplir con las normas del grupo o a que amenacen a la vida del grupo (Yalom, 1995). La severidad de la enfermedad, la gravedad del conflicto interno, el grado de alienación del yo son criterios útiles para evaluar la conveniencia de la participación de un paciente en el grupo (Wassell, 1966). A manera de ejemplo se puede mencionar un paciente maniaco, un paciente que no puede tolerar el estrés del grupo como sería el caso de una persona extremadamente paranoica, o una persona que no sea compatible ni siquiera con un miembro del grupo (Yalom, 1995). Los criterios de exclusión del grupo vienen a ser la inhabilidad para tolerar el encuadre del grupo, la tendencia a asumir un rol que no está acorde al grupo, agitación extrema, incumplimiento de las normas del grupo, un comportamiento inadecuado, severa incompatibilidad con uno o más de los miembros del grupo (Vinogradov y Yalom, 1989). Este tipo de personas interrumpe la comunicación, reduce la satisfacción e impide el trabajo hacia la meta del grupo (Díaz Portillo, 2000).

La clave en la composición de un grupo terapéutico es reunir elementos que aseguren lograr la cohesión entre sus miembros. Para un grupo ambulatorio que se reunirá por un tiempo prolongado la regla de oro lo constituye la homogeneidad en la fuerza del ego y la heterogeneidad en las áreas de problema (Vinogradov y Yalom, 1989). Las interacciones en el grupo se enriquecerán de la diversidad de sus miembros en cuanto a estilos de personalidad, edad, y problemáticas individuales (Yalom, 1995).

Personas con diversos antecedentes y quejas presentes formaran un grupo rico con múltiples posibles caminos interaccionales de exploración. Cada miembro debe poseer la suficiente fuerza en su ego para tolerar la experiencia cognitiva y afectiva de examinar la interacciones del aquí y el ahora en el grupo (Vinogradov y Yalom, 1989). Es importante evaluar la cantidad de ansiedad presente o el estado de entumecimiento existente los cuales se pueden ajustar durante el proceso terapéutico, por el contrario si la ansiedad permea toda la estructura de la persona, tal vez ésta no constituya un elemento que aporte a los objetivos grupales (Wassell, 1966).

La situación es diferente en grupos especializados, donde los pacientes muestran homogeneidad en cuanto a su problemática principal y heterogeneidad en la fuerza del ego (Yalom, 1995). En este caso los terapeutas deberán enfocarse en agrupar personas que presenten niveles de motivación y mentalidad psicológica similares (Vinogradov y Yalom, 1989). Los líderes del grupo desearán contar con un amplio y equilibrado rango de miembros con igual número de hombres que de mujeres, con un rango amplio en edad, con una variedad de niveles de actividades interpersonales (Vinogradov y Yalom, 1989).

Yalom (1995) señala que los grupos terapéuticos pueden estar conformados ya sea en ambientes ambulatorios u hospitalarios. A continuación, se detallarán las consideraciones que

este autor indica se deberán tener en cuenta en estos escenarios. Los grupos de pacientes ambulatorios varían significativamente en lo referente a su situación clínica, objetivos y uso de diversas técnicas. Se pueden clasificar de acuerdo a los diversos objetivos que pudieran tener, lo que resulta en cuatro subdivisiones principales: grupos interpersonales y de orientación dinámica, grupos orientados a la conducta y la educación, grupos de apoyo, grupos de mantenimiento y rehabilitación. Dentro de los grupos interpersonales y de orientación dinámica se encuentran los que siguen el enfoque Gestalt y Psicoanalítico. En los grupos orientados a la conducta y la educación se engloban los conformados para tratar desórdenes alimenticios, abuso de sustancias y problemas médicos. Los grupos de apoyo por su parte están constituidos por grupos de apoyo homogéneo general, grupos de duelo o para sobrevivientes de catástrofes y grupos de apoyo profesional. Como parte de los grupos de mantenimiento y rehabilitación se encontrarían los grupos conformados en hospitales de día o centros de rehabilitación, grupos de apoyo en clínica de medicación y grupos de cuidados para convalecientes.

El grupo interpersonal con orientación dinámica ambulatoria constituye el prototipo de grupo sobre el cual versa este trabajo. Vinogradov y Yalom (1989) señalan que los pacientes apropiados para tales grupos son altamente funcionales y poseen un cierto grado de motivación interna para cambiar. Los problemas que los aquejan son a menudo vagos y globales. Presentan relaciones insatisfactorias con las personas, dificultades para acercarse a los demás, depresión, problemas con el sexo opuesto o lucha marital, inhabilidad de sentir emociones reales y sensación de que su vida no funciona. Estos autores sugieren que el terapeuta debe poder traducir esas quejas al lenguaje de las interacciones interpersonales. No obstante, la queja no constituye el verdadero problema, los líderes sabrán por ejemplo que la

persona que se queja de depresión crónica y ansiedad muestra una gran cantidad de ira oculta y pasiva, así como comportamiento agresivo.

Como se señaló anteriormente, los miembros de grupos orientados interpersonal y dinámicamente son heterogéneos en términos de patología o problema subyacente (Vinogradov y Yalom, 1989). No obstante, presentan niveles similares en cuanto a la fuerza del ego, la mentalidad psicológica, la motivación para cambiar y la capacidad para tolerar la estimulación interpersonal (Vinogradov y Yalom, 1989). El objetivo de tales grupos no es simplemente el alivio del síntoma o del problema presente, estos grupos proponen efectuar un cambio de carácter, acompañado por un cambio duradero en el comportamiento interpersonal (Yalom, 2000). Para lograrlo, el aprendizaje interpersonal será el factor terapéutico más importante que opera en el grupo (Yalom, 2000).

Por otro lado, Vinogradov y Yalom (1989) refieren que la población de pacientes que se encuentra en ambientes hospitalarios es altamente heterogénea, tanto en términos de diagnóstico formal como de nivel general de fortaleza del ego y funcionamiento. Se debe tomar en cuenta que estos pacientes ingresaron en crisis, están experimentando un alto grado de angustia psicológica, vulnerabilidad, enfrentan una interrupción importante de sus vidas y actividades cotidianas. Estos autores afirman que pesar de que todos están muy angustiados, los pacientes hospitalizados pueden tener niveles tan diversos de función que no todos pueden trabajar en el mismo tipo de grupo de terapia.

Vinogradov y Yalom (1989) sugieren que a los pacientes hospitalizados se les ofrezcan dos tipos de experiencias grupales. El primero es un grupo para todos los pacientes, independientemente del diagnóstico o el nivel de función (que consiste en un grupo diario, obligatorio y heterogéneamente compuesto de aproximadamente 6 a 10 miembros). El

segundo sería un grupo que está determinado por nivel de funcionamiento. Estos autores señalan el siguiente ejemplo de primer grupo: la población de pacientes en una unidad de 20 camas se divide al azar de manera equitativa entre 2 grupos pequeños, cada uno dirigido por una enfermera y uno de los residentes psiquiátricos de la unidad. Los pequeños grupos heterogéneos se reúnen temprano todos los días, están orientados al contenido y tratan problemas externos, incluidos los principales problemas del entorno, la acogida o el abandono de los pacientes. El objetivo de estos grupos es proporcionar un formato seguro, no intensivo, no interpersonal, donde el intercambio de problemas, el asesoramiento y el apoyo puedan darse entre todos los pacientes. La participación es obligatoria para todos los pacientes en la sala, con la excepción de individuos con trastornos múltiples (como los pacientes con manía aguda); por lo tanto, mezclar personas de diferentes categorías de diagnóstico permite que todos los pacientes se encuentren e interactúen con uno de ellos. También involucra a todos los pacientes de la sala en una experiencia de grupo, incluso aquellos que a priori podrían ser resistentes a participar en la terapia de grupo.

Vinogradov y Yalom (1989) refieren que el segundo tipo de grupo, el grupo de nivel, consiste en grupos homogéneos orientados hacia el nivel de fortaleza del ego y el funcionamiento general. Después de todo, diferentes tipos de pacientes hospitalizados necesitarán y valorarán diferentes aspectos de la terapia grupal. Estos autores informan que los pacientes diagnosticados con reacción depresiva valoran principalmente a un grupo que resuelve los problemas y alienta a centrarse en preocupaciones externas, mientras que los pacientes esquizofrénicos prefirieron grupos no verbales orientados a la actividad. Incluso el mismo paciente puede progresar a través de diversos enfoques de tratamiento y utilizar diferentes tipos de grupos a lo largo de una hospitalización relativamente corta (Vinogradov y Yalom, 1989).

Factores Terapéuticos

La terapia de grupo permite que los individuos que participan en ella obtengan cambios que no se presentan en la terapia individual debido a que ésta encuentra sus raíces en las interacciones entre los participantes del grupo (Yalom, 2000). En el grupo terapéutico cada uno de sus miembros se encuentra en un punto diferente de un continuo en el cual se hace frente al fracaso (Yalom, 1995). Cada persona en el grupo puede encontrar que de alguna manera comparte problemas similares con otros miembros que han mejorado en la terapia (Yalom, 1995). Luego de haber concluido la terapia, muchos pacientes hacen referencia a la importancia que ha tenido en su propio proceso de cambio, el haber sido testigo de la mejora de los otros miembros (Yalom, 1995).

La terapia grupal constituye un proceso complejo donde los cambios se producen como el resultado del intercambio de interacciones entre los participantes a los cuales Yalom (2000) los denomina factores terapéuticos. Sin embargo los estudios han demostrado que los factores terapéuticos que los pacientes consideran los que impulsaron el cambio, pueden ser diferentes de los señalados por los terapeutas (Yalom, 1995). De igual manera las investigaciones señalan que los participantes son más asertivos en la valoración de estos factores cuatro años luego de haber concluido la terapia que en el momento mismo de la terminación del proceso terapéutico (Yalom, 2000).

A continuación se presentaran en detalle los 11 factores terapéuticos (infundir esperanza, universalidad, información participada, altruismo, recapitulación correctiva del grupo familiar primario, desarrollo de técnicas de sociabilización, la conducta imitativa, catarsis, factores existenciales, cohesión de grupo, aprendizaje interpersonal, el grupo como

microcosmos social) que Yalom (2000) señala constituyen la clave para lograr el cambio en los individuos que participan en la terapia psicológica grupal.

La esperanza es uno de los factores fundamentales no solo en la terapia individual sino también en la grupal (Yalom, 2000). El psicólogo deberá infundir esperanza desde antes que comience el trabajo terapéutico, en la orientación pre grupal mediante una explicación amplia del gran potencial terapéutico que ha demostrado tener el abordaje grupal (Yalom, 1995). En esta orientación a parte de explicar los beneficios de este tipo de trabajo, se podrán recoger las expectativas positivas de los aspirantes para reforzarlas, así también se desmitificará cualquier concepción errónea que pudiera haber sobre el tema.

Dentro del grupo, cada miembro atraviesa un momento diferente de dificultad, en este continuo la esperanza se genera en la interacción cuando los miembros reconocen que otros ya han superado las dificultades (Díaz Portillo, 2000). Muchos grupos de autoayuda ponen especial énfasis en la instalación de la esperanza como un factor determinante que no solamente permite que los pacientes continúen en el tratamiento sino que consideran es el motor del cambio (Yalom, 1995). El hacer uso de testimonios de personas que se han recuperado de situaciones similares constituye parte importante en las reuniones de Alcohólicos Anónimos, así como en el tratamiento de pacientes con abuso de sustancias, entre muchos otros (Yalom, 1995).

La universalidad es un factor que en la etapa inicial de la terapia propicia una sensación de alivio entre los miembros (Yalom, 2000). “No hay acto o pensamiento humano que esté completamente fuera de la experiencia de otra persona” (Yalom, 2000, p. 28.) Las dificultades que enfrentan los pacientes generalmente conllevan a que éstos se concentren en sus problemas pensando ser los únicos que tienen esta dificultad lo que se traduce en

aislamiento (Yalom, 2000). En el grupo los participantes se dan cuenta que otras personas comparten un sufrimiento similar, tienen pensamientos o problemas parecidos, fantasean o tienen impulsos similares que son considerados inaceptables (Díaz Portillo, 2000).

La información participada constituye es un factor terapéutico de la terapia de grupo. Bajo esta denominación el autor incluye “la instrucción didáctica sobre la salud mental, la enfermedad mental, y las psicodinámicas generales dadas por los terapeutas, así como el consejo, las sugerencias, o la guía directa, tanto la que proviene del terapeuta como la de otros pacientes” (Yalom, 2000, p. 31). Por lo general las personas aceptan observaciones de los otros miembros del grupo con mucha más facilidad que si viniera de su terapeuta (Yalom, 2000).

El altruismo es un factor de cambio por cuanto las personas se benefician tanto al dar como al recibir (Yalom, 2000). Los pacientes que tiene una afectación psiquiátrica por lo general piensan que no tiene nada que ofrecer. No obstante, dentro de las interacciones grupales estos pacientes descubren que son importantes para otras personas, lo que influye en su autoestima (Yalom, 2000). Dentro del grupo los miembros se apoyan, consuelan, se comprenden, comparten problemas similares y se hacen sugerencias (Yalom, 2000). En el proceso terapéutico se espera que los miembros del grupo participen activamente, afronten tensiones y emociones negativas (Foulkes, 2018). Deberán sobreponerse a los conflictos, ganar libertad para crecer mentalmente, mientras el funcionamiento del grupo se modifica (Foulkes, 2018).

Nos enfocaremos ahora en cómo la recapitulación correctiva del grupo familiar primario puede ser un factor terapéutico. En el trabajo grupal se produce una relación muy parecida a la de una familia debido a la presencia de figuras de autoridad, pares o hermanos,

el desarrollo de emociones intensas y a la relación íntima entre sus miembros (Yalom, 1995). En este marco se hacen revelaciones significativas donde podrían aflorar sentimientos de hostilidad y de competencia hacia los otros miembros del grupo, reproduciendo de esta manera situaciones vividas en la familia nuclear (Burlingame, McClendon, y Alonso, 2011).

La terapia psicodinámica pone especial énfasis en las relaciones de los pacientes y en las experiencias interpersonales (Shedler, 2010). Tanto en los aspectos adaptativos como en los no adaptativos de la personalidad y el auto concepto, que tienen relación directa con las relaciones de apego. El reconocimiento de experiencias pasadas especialmente relacionadas con figuras de apego influye en las relaciones presentes de los individuos (Shedler, 2010). La terapia psicodinámica busca explorar la relación entre el pasado y el presente, así como la manera en que el pasado se actualiza en el presente (Shedler, 2010).

Yalom (2000) recomienda que el grupo esté dirigido por un hombre y una mujer, simulando las figuras parentales. Por lo general los miembros del grupo tienden a revivir lo que experimentaron en sus familias de origen en la interacción con los miembros del grupo; se debe tener especial cuidado de que esta re-experimentación se produzca como una experiencia correctiva sin caer en patrones repetitivos los cuales se producen generalmente en las familias (Yalom, 1995). Justamente el beneficio de este tipo de terapia es que cuando un paciente trabaja dentro del grupo un problema ya sea con el terapeuta o con otro miembro, está trabajando en un asunto que no ha sido resuelto y que se remonta al pasado en la historia del paciente (Yalom, 1995).

El desarrollo de técnicas de sociabilización se considera otro factor terapéutico. Una vez que el grupo ha sido formado, cada participante va a ser capaz de examinar sus actitudes hacia un gran espectro de otros miembros, durante un largo período de tiempo con más

detalle y profundidad. Cada paciente va a estar en mejor posición para recibir retroalimentación, especialmente si se encuentra con aguas turbulentas, cuando todos los miembros continúan juntos (Wassell, 1966). A menudo las dificultades psicológicas surgen cuando los patrones interpersonales problemáticos interfieren con la habilidad de la persona para satisfacer sus necesidades emocionales (Shedler, 2010).

En las interacciones entre los miembros de un grupo con enfoque dinámico donde se promueve abiertamente la retroalimentación, por lo general un tercero reconoce lo que algún miembro hace, mostrando un acercamiento hacia éste, de la misma manera manifestará lo que le molesta o le aleja (Yalom, 1995). Este tipo de experiencia difícilmente se da en otro tipo de terapia debido a que el grupo es el lugar donde el paciente recibirá la información muchas veces desconocida sobre su conducta social inadaptativa (Yalom, 2000). En el caso de personas que no ha experimentado relaciones íntimas en el pasado, el grupo constituye un lugar de intercambio asertivo y un laboratorio donde podrán ensayar conductas y modos de relacionarse con los demás (Yalom, 1995). Así también una persona que posea ya habilidades sociales en la interacción en el grupo podrá desarrollar cualidades más sofisticadas como: la capacidad de sentir y expresar empatía de forma acertada, reducir el grado de criticismo, adquirir habilidades para la resolución de conflictos (Yalom, 1995).

La conducta imitativa se ha considerado un factor terapéutico que tiene lugar especialmente en las primeras etapas de la terapia grupal. Algunos pacientes buscan imitar conductas de otros miembros o de los terapeutas con quien buscan identificarse (Yalom, 2000). El hecho de adoptar una conducta, aunque esta sea tomada por un tiempo para luego desecharla constituye un primer paso en lo que Yalom (1995) llama espiral adaptativa. Es

decir que el paciente inicia una búsqueda hacia el cambio, empezará primero probándose las conductas de otras personas para posteriormente encontrar la suya (Yalom, 1995).

La catarsis es para algunos terapeutas uno de los factores terapéuticos más importante. Sin embargo, Yalom (1995) la considera como agente de cambio, pero ha encontrado en sus investigaciones que por sí sola no es suficiente. Los factores que considera son complementarios a ésta son el proceso interpersonal donde las emociones son expresadas en un grupo cohesionado que la fomenta. Este formato es un modelo útil en todas sus formas donde se alcanza un análisis profundo que no persigue solamente ayudar a aliviar el sufrimiento por medio de la ventilación y el entendimiento de lo que aqueja (Foulkes, 2018). La misión es liberar al individuo de sus inhibiciones agresivas sociales o sexuales; sobre todo debe facilitar el descubrimiento de los conflictos inconscientes, cimentando el camino de la recuperación donde las palabras remplacen a los actos (Foulkes, 2018).

La terapia psicodinámica incentiva la exploración de los sentimientos de todo tipo en el paciente (Shedler, 2010). Tanto en terapia individual como de grupo, las memorias que contienen una carga emocional son consideradas más importante que los recuerdos neutros (Jensen, et al., 2010). El objetivo de la terapia es describir los sentimientos en palabras, incluso aquellos que pudieran ser contradictorios, problemático o amenazadores para el paciente. Existen sentimientos que en primera instancia podrían ser desconocidos para el individuo (Shedler, 2010).

En un estudio realizado por Yalom (2000) y sus colegas encontraron que la expresión de sentimientos reprimidos es un factor liberador y transformador del proceso terapéutico cuando está relacionada a un proceso interpersonal, en un contexto de cohesión grupal y su manifestación es apreciada por los otros miembros del grupo. La expresión de la emoción

intensa fomenta la cohesión en el grupo. La expresión honesta de sentimientos permite el desarrollo de vínculos íntimos entre los miembros (Burlingame, et al., 2011). Es importante considerar la gama en la que se puede presentar la expresión emocional, una persona que no muestre efusivamente sus emociones, no es alguien que no sienta. La catarsis como factor transformador es beneficioso cuando la red de apoyo está formada (Yalom, 2000).

En el proceso terapéutico las cuestiones existenciales (la amenaza contra la vida, el sufrimiento, entre otras) constituyen otro factor terapéutico para Yalom (2000) quien ha encontrado que estos constituyen un elemento importante en el progreso de los pacientes. Estos últimos reconocen tres aspectos significativos relativos:

(1) Reconocer que no importa lo próximo que este a otras personas, debo todavía afrontar la vida solo; (2) afrontar las cuestiones básicas de mi vida o muerte y de este modo vivir mi vida más honestamente y ser menos propenso a las trivialidades; (3) aprender que debo asumir la última responsabilidad por el modo en que vivo mi vida, no importa cuanta guía y apoyo consiga de los demás. (Yalom, 2000, p. 44).

En el marco de una discusión libre los miembros del grupo comparten sus problemas (Foulkes, 2018). En el proceso terapéutico las personas aprenden que hay un límite en cuanto al apoyo que pueden recibir de terceros; que son los responsables de lo que pase con el grupo y de su vida (Yalom, 2000). La vida está llena de cuestiones existenciales, las personas nacen solas y deberán morir solas. Sin embargo, Yalom (2000) señala que la compañía íntima de otro o del grupo hace que el camino menos pesado al tener el apoyo de otro. En la medida en que el grupo va consolidándose y se convierte en la figura en primer plano, los individuos que lo constituyen se convierten en su parte medular, no se puede separar al grupo de las

personas que lo componen, a manera que el grupo mejora, sus miembros se benefician de estas transformaciones (Foulkes, 2018).

La cohesión de grupo así como el aprendizaje interpersonal son según Yalom (2000) los factores terapéuticos más relevantes. Este autor señala que la cohesión está basada en la aceptación, la confianza, la comprensión empática y la cordialidad que se establece en la relación no solamente con el terapeuta sino entre todos los miembros del grupo. La cohesión son todas las fuerzas que se manifiestan en todos los miembros que están presentes en el grupo, permitiendo que los otros factores terapéuticos del grupo operen; ésta se puede comparar con la importancia de la alianza terapéutica en la terapia individual (Yalom, 2000).

Burlingame, et al. (2011) señalan que la cohesión es una de las características que describe la relación terapéutica dinámica del grupo, la misma que tiene dos dimensiones: estructura y calidad de las relaciones; pudiendo ser vertical u horizontal. La cohesión vertical hace referencia a la percepción que el grupo puede tener sobre el líder en cuanto a su capacidad, autenticidad y contención. La cohesión horizontal por otro lado se presenta en la relación entre los miembros del grupo constituyéndose en un todo. Estos autores también señalan que la calidad de las relaciones de grupo está determinada por cómo los miembros se sienten con su líder y con los otros miembros, por las tareas y los objetivos del grupo, así como por los conflictos que se presentaren en el grupo o por la falta de empatía con el líder. En una revisión de meta análisis llevado a cabo por Burlingame, et al. (2011) con 3.323 pacientes se obtuvo como conclusión que a medida que los niveles de cohesión incrementaban en el grupo los resultados del grupo mejoran y los síntomas decrecen.

La terapia psicodinámica busca alentar al paciente para que hable abiertamente de lo que tienen en mente. Sin embargo, muchos pacientes necesitan sustancial apoyo por parte del

terapeuta para que esto llegue a suceder (Shedler, 2010). Los pensamientos se expanden a varias áreas de la vida mental como son los deseos, miedos, sueños o fantasías, los cuales (en muchos casos) las personas no tenían la intención de ponerlos en palabras (Shedler, 2010). Esto constituye una fuente rica de información sobre cómo la persona se ve a sí misma y a los otros, interpreta y toma sentido de las experiencias, rechaza aspectos de la experiencia o se encuentra con sentimientos nuevos (Shedler, 2010). Por sí sola la expresión de sentimientos íntimos no es algo que genera un cambio; éste se produce cuando el individuo es aceptado por el grupo luego de compartir sus experiencias (Yalom, 2000). Cuando la persona considera que lo que comparte es vergonzoso o terrible y tiene una experiencia nueva de aceptación, comprensión, entendimiento, o simplemente de no ser juzgado, es así que se produce una experiencia transformadora en la persona (Yalom, 2000).

La expresión de la ira y la hostilidad constituye otro elemento importante en la terapia grupal (Yalom, 2000). La hostilidad es ira expresada hacia otro, esta se presenta en un continuo que puede ir desde una molestia hasta la ira propiamente (Gans, 1989). El manejo de la hostilidad en la terapia grupal es un aspecto relevante debido a que en este contexto las personas no solo hablan del sentimiento que tienen, sino que mantienen relaciones de ira (Gans, 1989). Estas relaciones podrían presentarse entre miembros del grupo, entre uno o varios miembros y el líder o entre un miembro y el grupo como un todo (Gullo, Coco, Di Fratello, et al., 2015). En un momento en el grupo se presentará el conflicto entre los miembros, el procesar esta fase de manera constructiva influye significativamente en el proceso terapéutico de los participantes (Yalom, 2000). Un grupo cohesionado podrá canalizar la cólera de sus miembros aun cuando estos le tengan temor ya sea a la suya o a la de otros (Yalom, 2000). Una manera de conflicto en el grupo sería que éste o un subgrupo de miembros transfieran sentimientos no deseados que ellos mismo rechazan en otro miembro

del grupo (Gans, 2010). El miembro que es depositario podría sentirse violentado de alguna manera (Gans, 2010). El rol de los líderes consiste en honrar, modular, contener y sobre todo no juzgar lo sucedido, para que el grupo pueda resolverlo (Gullo, Coco, Di Fratello, et al., 2015).

El aprendizaje interpersonal constituye el último factor terapéutico, el cual es un elemento transformador de la terapia grupal. Yalom (2000) hace referencia a que los hombres han vivido desde hace mucho tiempo en grupos donde se hacen presentes emociones fuertes y persistentes que han ayudado a la supervivencia. El carácter adaptativo de la conducta interpersonal ha favorecido a la preservación de la especie.

La teoría de Sullivan (1953) se basa en el hecho de que las relaciones interpersonales determinan la personalidad casi por completo. Considera también que la necesidad de estar en relación afectiva con otros es una necesidad básica del ser humano. Los niños aprenden a repetir aspectos de la personalidad que son aceptados por los demás y a descartar aquellos que son rechazados. Este mismo autor señala que las correcciones de las distorsiones interpersonales podrían ayudar en el tratamiento de los desórdenes psiquiátricos. La salud mental estaría relacionada con la consciencia de las relaciones interpersonales propias (Sullivan, 1953).

Yalom (2000) señala que en su experiencia ha podido observar que los participantes de grupos terapéuticos por lo general cambian el objetivo de la terapia entre el 3ro y 6to mes. En un principio la mayor parte pretende alcanzar un alivio emocional para luego transformarse en algo referente al funcionamiento interpersonal, siendo esto un paso fundamental en el proceso terapéutico.

El aquí y el ahora

Stern (2004) señala la importancia en terapia psicoanalítica de moverse del conocimiento explícito, y de dar significado a la narrativa del individuo, al conocimiento implícito que ocurre en el momento presente como una experiencia encarnada vivida por el paciente y el terapeuta (Ramberg, 2006). Este autor en su teoría reconoce que en el proceso terapéutico se producen dos momentos: el momento del ahora y el momento de la reunión. El momento del ahora constituye el entorno temporal a lo largo del cual se forma la experiencia durante su desarrollo (Stern, 2004). El momento del ahora se define como una historia vivida que no tiene principio ni fin; el cual es experimentado como sucede sin un distanciamiento por el lenguaje o una explicación abstracta; se produce en mayor medida a manera inconsciente como una demanda del paciente para que el facilitador este auténticamente presente (Ramberg, 2006). El momento del ahora consiste en un proceso interpersonal emergente impredecible que ocurre de manera momentánea en las interacciones de dos diadas que podrían ser, entre otras: el padre y el hijo, el paciente y el terapeuta, dos miembros de un grupo, creando una crisis interpersonal que pide resolución (Stern, 2004). El momento presente esta generalmente seguido por un momento de reunión donde la dinámica entre el yo y el otro altera dramáticamente una relación familiar o una relación emergente dentro de una dinámica terapéutica (Stern, 2004). El momento de la reunión constituye el pegamento de la intersubjetividad tan importante en el intercambio terapéutico y en la recuperación saludable (Stern, 2004).

En el abordaje psicodinámico grupal, el aquí y ahora es considerado un componente sustancial que puede marcar la diferencia en la efectividad del trabajo terapéutico (Yalom, 2000). El aquí y el ahora cobra importancia en el tipo de grupos cuyo objetivo sea alcanzar

un alivio en el síntoma, que persigue un cambio en los patrones relacionales o un aprendizaje interpersonal (Yalom, 2000). Sin embargo, esta es una habilidad que se debe aprender debido a que los individuos que forman parte del colectivo terapéutico no están familiarizados en su práctica, el terapeuta debe enseñarlo explícitamente (Yalom, 2000).

El proceso terapéutico se lo define como la naturaleza de la relación en la interacción de los individuos (Yalom, 2000). Dentro de un grupo se produce un proceso que es el resultado de la vida del grupo (Martin Baró en Elias, Arredondo, y Virgili, 2009). Hay dos elementos que deben estar presentes en el trabajo del aquí y el ahora para lograr dicha eficacia en el proceso terapéutico (Yalom, 2000). El primer elemento hace referencia a la experiencia y el segundo al esclarecimiento del proceso. La interacción entre los miembros del grupo permite que se genere un microcosmos social donde es posible obtener retroalimentación, experimentar una catarsis, alcanzar un autodescubrimiento significativo así como adquirir técnicas de sociabilización (Yalom, 2000). Esta experiencia profunda de carácter emocional que genera pertenencia al grupo puede ser fugaz si no se hace presente el segundo elemento del trabajo en el aquí y el ahora (Yalom, 2000).

El esclarecimiento del proceso permite a la persona el darse cuenta e interiorizar de manera cognitiva lo sucedido para que este aprendizaje sea duradero en el tiempo (Yalom, 2000). Esta vivencia o aprendizaje se constituye en otro patrón de referencia a partir del cual se harán nuevas generalizaciones y podrá ser re experimentado en otros entornos distintos al grupo. El análisis del proceso constituye un bucle auto reflexivo porque permite examinar el sí mismo, conocer sus transacciones, trascender en la experiencia concentrándose en éste (Yalom, 2000).

De la misma manera en la que en la terapia individual, el terapeuta debe concentrarse en encontrar y trabajar en el proceso, en la terapia de grupo esta sería la misión de quienes dirigen el grupo (Yalom, 2000). La variable más importante es cómo se maneja el proceso inconsciente, en una escala que va de una simple observación y consideración a una completa aclaración como característica del grupo terapéutico (Foulkes, 2018). En las interacciones entre los miembros del grupo se esconde un proceso, ya sea entre dos miembros en particular, entre algunos miembros, entre un miembro y el líder o el grupo en su totalidad (Regev, Chasday, y Snir, 2016). Los terapeutas deberán guiar al grupo haciendo preguntas que promueva que éste explore aspectos del proceso (Yalom, 2000). Es decir que se puede dar lugar a que el contenido se manifieste en el grupo, sin descuidar que hay atrás de éste; los terapeutas deberán facilitar para que el grupo pueda centrarse en el proceso como tema de su trabajo grupal en aquel momento (Yalom, 2000).

Las inferencias que hace el terapeuta al paciente sobre su conducta dentro del grupo le ayuda a verse a sí mismo de la manera en que las otras personas lo perciben (Yalom, 2000). El terapeuta también podría mostrar al paciente la manera en que su conducta hace sentir a los demás (Yalom, 2000). Esto le ayudará a darse cuenta del impacto que su conducta puede tener en los otros miembros del grupo (Yalom, 2000). Resulta también terapéutico que el líder del grupo muestre cómo la conducta de la persona puede repercutir en el concepto que las otras personas se forman sobre quien ejecuta la conducta (Yalom, 2000). Esto beneficia al grupo en el sentido en que las personas se darán cuenta que sus conductas van a repercutir sobre la percepción y el pensamiento que los demás podrían tener de ellos (Yalom, 2000). Finalmente, se muestra al paciente en las interacciones la manera en que su conducta repercute en la apreciación que este tiene de sí mismo (Yalom, 2000). Este trabajo de

introspección está relacionado definitivamente en el auto concepto, la valoración y la simpatía de la propia persona.

El terapeuta puede utilizar la información no verbal para develar el proceso que subyace al grupo (Yalom, 2000). El hecho de que unos miembros se sienten junto a otros, en que sitio de la sala escoge sentarse cada persona, quien se relaciona con quien, la puntualidad con la que asisten a la terapia, quien llega tarde habitualmente, quien bosteza, quien interrumpe a los demás, quien no se relaciona, entre muchas otras observaciones proveen información importante (Yalom, 2000). De la misma manera que se acostumbra en la terapia individual, se puede observar la incongruencia entre el lenguaje verbal y el no verbal de los miembros del grupo (Yalom, 2000).

Estar atento a si se produce algún cambio en el grupo cuando uno de los miembros está ausente (Yalom, 2000). Cómo interactúan los demás miembros del grupo cuando falta alguien, hablan con más apretura y confianza de lo habitual; tal vez se retraen y no se sienten seguros o surge alguna rivalidad (Yalom, 2000). Podría también pasar que la respuesta de uno o varios miembros fuera desproporcionada frente a hechos o apreciaciones de otros miembros del grupo (Yalom, 2000).

Lo que diferencia al grupo experiencial de otro tipo de grupo es la atención al proceso (Yalom, 2000). Este tipo de análisis personal se puede realizar en terapia, en un lugar donde la persona pueda sentirse segura para recibir retroalimentación de sus compañeros (Yalom, 2000). Este tipo de interacciones en la sociedad entre adultos no solo no se da sino que está mal vista (Yalom, 2000). Un adulto difícilmente va a decir a otro lo que piensa o siente del actuar de un tercero en el momento que se dan las acciones (Yalom, 2000). Sin embargo, es

precisamente esta retroalimentación la que permite que la persona experimente un profundo autoanálisis (Yalom, 2000).

Una vez que los participantes del grupo se identifican con las vivencias del aquí y el ahora valorarán su utilidad y se encargarán de incentivar a sus compañeros para hacer lo mismo (Yalom, 2000). Sin embargo, Ormont (1988) señala que aunque esperamos que los pacientes se comprometan en el trabajo en el aquí y el ahora, sabemos que no lo harán. Será necesario entonces profundizar en sus resistencias, en la raíz de su herida.

Por lo general, son los psicólogos las personas encargadas de facilitar para que el grupo explore el proceso que se manifiesta (Yalom, 2000). Los miembros no se arriesgan a hacer este tipo de intervenciones porque cuando esto sucede son vistos como personas que quieren estar por encima del resto, lo cual no es bien recibido por los demás (Yalom, 2000). Los otros miembros podrían desafiar a quien hace la observación para que sea él quien muestre o resuelva lo que el grupo podría estar evitando en algún momento (Yalom, 2000). En ocasiones cuando esto sucede el grupo se ve envuelto en una disputa de dominio, más que por el contenido de la observación que pudo haber sido realizada. En ocasiones incluso los terapeutas pueden ser cuestionados por observar el proceso debido a que algunos miembros son extremadamente sensibles a ser controlados o manipulados, mostrando así una conducta patológica (Yalom, 2000). Una estrategia que puede ser utilizada con la finalidad de disminuir el nivel de defensas es el que el terapeuta exprese su propio dilema haciendo explícitas sus dudas al momento de exponer ante el grupo los riesgos que se podrían presentar al develar el proceso que está sucediendo en el grupo (Yalom, 2000). En esta intervención no solamente se presenta ante el grupo los posibles riesgos sino que se muestra el proceso al grupo (Yalom, 2000).

En algún momento, un miembro del grupo podría ser quien haga una observación en relación con el proceso (Yalom, 2000). Cuando esto sucede, los miembros del grupo la aceptan de mejor manera. No obstante, es importante cuidar de que esta intervención no tenga un contexto defensivo (Yalom, 2000). Podría pasar que la persona esté tratando de no ser paciente, evitar una exploración personal o querer de alguna manera tener una posición superior a la de sus compañeros (Yalom, 2000).

La terapia psicodinámica se enfoca en explorar las diferentes formas en las que los individuos evitan pensamientos o sentimientos que les son difíciles, problemáticos o angustiosos (Shedler, 2010). Las resistencias provienen de un plano inconsciente más no de la conciencia (Yalom, 2000). Una de las virtudes de la terapia grupal es que los participantes pueden fácilmente vencer sus resistencias, y se animan a compartir abiertamente las situaciones que los aqueja (Burrow en Díaz Portillo, 2000). A veces la resistencia se presenta a nivel de grupo, el grupo se resiste a enfrentar cierto tema y hay cosas que quedan sin ser mencionadas o exploradas (Shedler, 2010). En tal caso Yalom (2000) señala que una intervención terapéutica por parte del líder podría ser indicar el tiempo que falta para que se termine la sesión de terapia y mencionar la decepción que podrían sentir los miembros del grupo al irse a casa por haber malgastado ese tiempo tan valioso en terapia (Yalom, 2000). Estas intervenciones inferenciales brindan la oportunidad para que el grupo tome la decisión de qué camino seguir. Las resistencias provienen de un plano inconsciente más no de la conciencia (Yalom, 2000).

Rol del terapeuta

El líder del grupo debe evitar involucrarse en interacciones que promuevan la repetición de la patología del paciente (Vinogradov y Yalom, 1989). El terapeuta analítico

pone su experticia y conocimiento al servicio del grupo (Foulkes, 2018). Él se constituye como el administrador del grupo, tarea que debe ser desarrollada con flexibilidad, dinamismo y creatividad (Foulkes, 2018). De acuerdo con los procedimientos psicodinámicos el terapeuta que lidera un grupo debe permitir el flujo asociativo que se desarrolle libremente (Jensen, et al., 2010). Antes de hacer una interpretación, el terapeuta debe siempre preguntarse cómo aportaría ésta a esclarecer el proceso del paciente (Yalom, 2000).

El terapeuta debe siempre actuar buscando el mayor beneficio para el grupo, su rol es ser el sirviente del grupo (Foulkes, 2018). Debe seguir al grupo y guiarle hacia el objetivo que persigue. Debe ser una ayuda para que éste afronte los elementos destructivos o autodestructivos que podrían llegar a presentarse. El líder debe manejarse entre los límites del enfoque psicodinámico sabiendo que decir y que callar en cada situación que atraviesa el grupo (Foulkes, 2018). El terapeuta no debe interrumpir una temática o cambiar de tema de modo arbitrario, incluso cuando la discusión del grupo sea improductiva (Yalom, 2000). Los terapeutas se encargan de sostener y liderar al grupo pero es el grupo quien decide el curso de la sesión.

El rol del terapeuta es de mantenerse como observador, recabar información, convirtiéndose en historiador cuando logra encontrar relación entre diferentes eventos sucedidos en tiempos diversos durante la vida del grupo (Yalom, 2000). Es quien debe tener en cuenta la interrelación entre la dinámica de las personalidades y el rol social en cuanto a su repercusión en el funcionamiento del grupo (Foulkes, 2018). A su vez, es la persona que mira cómo los objetivos iniciales de cada paciente se relacionan con lo que va sucediendo en el grupo (Yalom, 2000).

Este rol incluye describir conductas simples y relacionarlas con patrones de comportamiento, hacer referencia a las consecuencias negativas de éstos y a realizar posibles interpretaciones sobre el motivo o el significado de una conducta (Yalom, 2000). Algunos pacientes, pueden tener conocimiento de la repetición de estos patrones pero no saben cómo salir de ellos (Shedler, 2010).

Se debe tener en cuenta que la relación entre el psicólogo y el paciente constituye una relación interpersonal importante cargada de emociones y de significado profundo (Shedler, 2010). El terapeuta debe estar alerta que habrá temas repetitivos en las interacciones de los miembros del grupo, provenientes de su historia biográfica, que se manifestaran hacia el terapeuta u otro miembro del grupo (Shedler, 2010). En este caso, el rol del terapeuta es el de sostener y esclarecer estas manifestaciones en el grupo. En términos teóricos tanto la transferencia como la contratransferencia se harán presentes durante el proceso terapéutico del grupo, esto constituye en una oportunidad donde se podrá explorarlos y trabajarlos en vivo mediante la facilitación de los líderes con el soporte del grupo (Shedler, 2010).

Tanto en terapia individual como grupal, hay momentos en que el o los pacientes se quedan en silencio, éstos por lo general son el resultado de movilizaciones internas profundas que deben ser manejadas profesionalmente. Regev, et al., (2016) señalan que en la actualidad el silencio en terapia es considerado una forma de comunicación. Éste deberá ser respetado debido a que conlleva importante información psicodinámica que facilita el encuentro terapéutico profundo (Lane, et al., 2002). Posterior a cada intervención, a cada sentimiento expresado hay información que esta guardada, que no es revelada o que es invisible (Yalom, 2000). Por medio del silencio, los individuos pueden comunicar mensajes emocionales y relacionales de necesidad y significado (Lane, et al., 2002). También puede ser utilizado

como mecanismo de afrontamiento para canalizar la ansiedad podría surgir en determinado momento durante la terapia y permite al paciente tranquilizarse (Regev, et al., 2016). El terapeuta puede utilizar el silencio para comunicar entendimiento y contención; si la intervención es empleada con el conocimiento y la sensibilidad adecuada (Lane, et al., 2002). Caso contrario, el paciente podría sentir al líder distante o desinteresado, afectando así, la confianza y la alianza terapéutica (Lane, et al., 2002).

Durante el proceso terapéutico, habrá momentos en que el grupo se quede en profundo silencio (Yalom, 2000). Durante las intervenciones, se recomienda al o los líderes que inviten a los miembros del grupo a trabajar en sus propias dificultades: confrontar e interpretar la resistencia, por ejemplo la pasividad o el silencio (Jensen, et al., 2010). Una intervención terapéutica, luego de un silencio prolongado, podría ser reconocer el torrente de información presente que puede ser abrumador e invitar a los miembros a expresar los pensamientos que tuvieron cuando éste se produjo (Yalom, 2000). El líder podría empezar reconociendo, el mismo, los pensamientos que tuvo sobre el grupo durante el silencio, incluso podría expresar alguna duda que tuviera sobre si hacer o no una intervención (Yalom, 2000).

En el trabajo psicológico se suele utilizar ejercicios que promueven alcanzar un objetivo terapéutico. Según Lieberman, Yalom y Miles (1973) al hacer ejercicios estructurados en el grupo los participantes perciben al líder como mejor preparado para su trabajo. No obstante, Yalom (2000) señala que es importante respetar y permitir la expresión de temores, la reserva, la cautela, el miedo. El usar trucos para facilitar el autodescubrimiento y la expresión emocional rápida hacen que se pierda la perspectiva del

trabajo grupal (Yalom, 2000). “Trabajar a través de la resistencia al cambio es la clave para la producción del cambio.” (Yalom, 2000, p. 85)

En algunos grupos se hace presente una lucha por la jerarquía y el control entre los miembros del grupo (Foulkes, 2018). En otros grupos, ésta no es tan evidente, debido a que sus miembros son sutiles el momento de expresarse en este sentido (Yalom, 2000). Una vez que ésta se establece, los miembros dejan esta lucha. A veces, ésta vuelve a hacerse presente cuando llega un miembro nuevo al grupo, especialmente si es una persona agresiva, alguien que no se da cuenta cuál es su lugar en el grupo, o si ésta no sigue las reglas del grupo (Yalom, 2000).

La Voluntad

La voluntad constituye el agente intrapsíquico que permite que el deseo se convierta en decisión y posteriormente en transformación personal (Yalom, 2000). El terapeuta podrá hacer comentarios interpretativos sobre la voluntad del paciente, lo cual facilitará el esclarecimiento del proceso. Para muchos pacientes esto será suficiente para iniciar un camino de cambio. No obstante, quienes tienen psicopatologías más profundas necesitarán más apoyo al respecto (Yalom, 2000). El terapeuta podrá facilitar este proceso indicando al paciente que es la única persona que puede transformar el mundo que él se ha creado, lo cual no implica peligro alguno (Yalom, 2000). El paciente debe reconocer que para alcanzar sus objetivos debe cambiar y que tiene la fuerza suficiente para hacerlo (Yalom, 2000). Las interacciones entre los miembros del grupo, constituyen un soporte que brindará al paciente el apoyo necesario para experimentar esta transformación. La riqueza del grupo radica en que durante el proceso terapéutico todos nacen juntos de nuevo ante los ojos de los demás, partiendo de una misma base (Yalom, 2000).

Grupo terapéutico con enfoque psicodinámico dirigido a perpetradores de violencia doméstica

Las intervenciones que la psicología ha utilizado tradicionalmente no ofrecen los resultados esperados, en cuanto a lograr un cambio en la conducta del perpetrador de violencia doméstica (Lothstein, 2015). La evidencia demuestra alto desgaste y reincidencia en los programas de tratamiento para agresores de violencia en la pareja que puede ser el resultado de tratar a los perpetradores como un grupo homogéneo (Elklit, et al., 2018). Algunos autores sugieren que por el hecho de existir diferentes tipologías de agresores resulta inapropiado, implementar un tratamiento similar para todos ellos (Theobald, et al., 2016).

Para tal efecto, es importante tener en cuenta que los perfiles de personalidad de los perpetradores, ya que no todos presentan resultados a un cierto enfoque; por ejemplo, los desórdenes de personalidad limítrofe, paranoide y esquizoide, no responden muy bien a intervenciones grupales, por lo cual es necesaria una evaluación de la patología de la personalidad, para el diseño de la intervención adecuada (Elklit, et al., 2018).

Para el abordaje terapéutico de la violencia doméstica y otras formas de violencia es necesaria la aplicación de tratamientos multimodales, que persiguen lograr la comprensión de los factores que ocasionan la violencia familiar y comunitaria (Lothstein, 2015). Solamente a partir de este encuentro personal con la raíz del problema, este tipo de conductas podrán ser tratadas psicológicamente para lograr un cambio en la conducta (Lothstein, 2015).

Objetivo de la Intervención

El objetivo de la intervención con perpetradores de violencia doméstica, debe estar enfocado hacia provocar para que éstos aprendan a aceptar las decisiones de las mujeres y los límites en la relación, incluso cuando esto signifique el final de la relación (Juodis, et al., 2014). Los autores enfocados en la clínica, abogan por el uso de tratamientos que buscan una reducción en el nivel en el que escala la ira, para ser aplicados a hombres que abusan de su pareja (Norlander y Eckhardt, 2005). Varios de los grupo de autoayuda, entre los que pueden estar conformados por hombres que tratan de superar conductas violentas hacen, énfasis en la instalación de la esperanza (Yalom, 1995).

El tratamiento psicológico para perpetradores de violencia doméstica debe estar orientado a facilitar para que éstos superen sus carencias psicológicas (Echeburria y Amor, 2016). Tanto la violencia expresada, como violencia intrafamiliar, son el resultado de una descompensación en la conectividad social y el sentido de ser excluido del grupo; en el contexto de la terapia grupal se puede reestablecer la conectividad humana (Lothstein, 2015).

Los resultados de estudios combinados sobre la eficacia en terapia grupal, con los hallazgos de las neurociencias sociales, sugieren que los problemas relacionados de violencia doméstica, pueden ser tratados de manera más asertiva en el contexto de un grupo terapéutico, donde, debido a las conexiones y los lazos que se desarrollan, pueden establecer relaciones saludables (Lothstein, 2015). Los miembros del grupo por lo general comparten experiencias implícitas en común (abandono, dolor, miedo, vergüenza, duelo) que pueden fácilmente colaborar uno con el otro, y dar sentido a la experiencia dolorosa vivida (Badenoch and Cox, 2013). Esto se debe al poder sanador de las intervenciones grupales que busca las causas profundas de la violencia, en el contexto de los métodos de curación

neurobiológicos interpersonales y la nueva ciencia del cerebro, relacionada con la violencia (Lothstein, 2015).

Las relaciones interpersonales que se producen en el grupo terapéutico mejora el desarrollo del cerebro e incrementa la conectividad neuronal y permiten que este cambio ocurra (Holzel et al., 2005). El usar la terapia grupal para tratar problemas comportamentales serios, permite trabajar con las raíces del problema (Burlingame, et al., 2003). Todas las interacciones grupales involucran una comunicación a nivel cerebral denominada neurocepción (Porges, 2001). El solo hecho de estar presente en el grupo, permite que ocurran los cambios del cerebro mediante la neurocepción (Porges, 2001).

Las causas fundamentales de los patrones de apego en la primera infancia involucran un sistema de memoria no verbal, implícito, y de procedimiento; se rigen por procesos neurobiológicos del cerebro derecho (Schore, 2009). El tratamiento psicológico en grupos pequeños, aproxima la familia de origen y las asunciones de la neurociencia en como todos los cerebros están estructurados, en lo relacionado con el apego social y la comunicación. La manera en cómo el cerebro social se forma y cómo responden al cambio (Flores 2010).

Por qué terapia grupal psicodinámica

Es conveniente considerar la terapia psicodinámica debido a que los patrones de la violencia se forman de manera temprana en el seno de un grupo familiar, por lo que resulta natural pensar que el abordaje grupal, sería el modelo adecuado, en el cual se reparan los déficits del yo, relacionados con la conducta violenta (Lothstein, 2015). Los problemas centrales de la violencia doméstica y los desencadenantes aprendidos, puede ser reexperimentados de manera diferente, en el marco de un grupo seguro donde hay un componente de liderazgo (Flores, 2010). En el contexto grupal, con orientación

psicodinámica, se puede abordar la agresión normativa en las fases de desarrollo, permitiendo que ésta sea experimentada como un desafío, pero no como una derrota (Hopper, 2003) y reduce así algunos de los efectos negativos de la violencia doméstica en la evolución del yo adulto.

Desarrollo del trabajo terapéutico

Luego de 45 años en el trabajo con agresores, Lothstein (2015) propone un modelo de intervención tripartita, el cual busca atacar las raíces del problema y no solamente los síntomas que se presentan los pacientes. A su vez, en este enfoque, se incluye en el tratamiento a mujeres perpetradoras de violencia intrafamiliar. Sin desmerecer la utilidad y los beneficios de la psicoeducación y de la terapia cognitivo conductual. Este autor considera que se debe introducir la terapia de grupo psicodinámica en el trabajo con esta población, por lo tanto propone un trabajo que incluya estos tres frentes en una línea progresiva.

A continuación se presentarán 4 viñetas que ejemplifican algunas de las dinámicas interrelacionales que se desarrollaron en el trabajo terapéutico que Lothstein (2015) llevó a cabo con algunos de los grupos que dirigió. El objetivo de éstas es el de familiarizar al lector con el proceso terapéutico con enfoque psicodinámico. Luego de cada viñeta se encontrará un análisis que hace el mismo autor, sobre lo experimentado por los participantes, los factores terapéuticos presentes y la manera en que los psicólogos contribuyen a lograr un cambio en los miembros del grupo.

Primera viñeta clínica.

El primer grupo estuvo conformado por 8 miembros, de los cuales 4 eran mujeres, liderado por dos terapeutas (un hombre y una mujer). Cuando uno de los participantes compartió los detalles de su dependencia a una relación sentimental agresiva, de la cual le

era difícil alejarse a pesar de haberla concluido, otros miembros del grupo que permanecían en silencio se identifican con el tema y participan activamente haciendo comentarios sobre experiencias personales similares. Esto conduce a que de manera paulatina los miembros compartan entre ellos experiencias intensas vividas en la infancia, abordando temas como: abandono, violencia, caos emocional o deseos de reconexión con el padre perdido. Los participantes expresan sentimientos de miedo, inseguridad, dicen haberse sentido ignorados o no queridos. En una etapa posterior compartieron cómo estos sentimientos se expresan hacia la pareja íntima y los hijos, muchas veces en forma de amenaza, basada en el miedo al abandono o venganza hacia la pareja íntima. Sin embargo, en ese momento algunos miembros no estuvieron en capacidad de darse cuenta sobre su grado de violencia o enojo. Se observó también que dos mujeres en el grupo que se mostraban distantes, no se identifican con los hechos comentados por sus compañeros y pretendían haber tenido una infancia feliz, presentaban una relación sentimental sin problemas y una familia perfecta. Este subgrupo constituyó una división defensiva del grupo debido a que de manera contraria a los sentimientos expresados por la mayoría de los otros miembros, expresaban sentimientos de gozo y alegría. Esta situación se interpreta como un mecanismo de defensa primario del grupo.

Los testimonios compartidos por los participantes del grupo dejan ver la necesidad de emplear una perspectiva múltiple, para entender un apego violento involucrado en las situaciones de agresiones domésticas (Lothstein, 2015). Es necesario incorporar, en el tratamiento los descubrimientos de la ciencia psicológica, en lo referente a los procesos de desarrollo, estilos de apego, exposición temprana a violencia familiar y abandono, sentimientos de odio e ira alrededor de la familia nuclear y la repetición de la compulsión (Lothstein, 2015).

Segunda Viñeta clínica

Este grupo estuvo conformado por 10 participantes (4 de ellos fueron mujeres) quienes tenían la misma forma de violencia intrafamiliar. El autor refiere que en una de las sesiones, una de las pacientes comentó sobre el caos emocional, de una relación que había dejado atrás, debido a los abruptos explosivos de temperamento. Al responder a la pregunta de uno de los terapeutas, la mujer dijo que cuando le sucedían estos abruptos, ella sentía “un volcán en su interior”. Esta metáfora provocó que algunos miembros del grupo se identificaran y compartieran sobre sus propias experiencias de *ira volcánica*. Acto seguido, otro participante comentó sobre el miedo que sentía en su familia de origen, cuando su padre alcoholizado dejaba desbordar su ira. Posteriormente la misma metáfora sirvió para que los miembros hablaran abiertamente sobre su propia ira interna, asociándola con cuán violentos pueden ser en su casa, ya sea de manera emocional, verbal o física. Algunos de los participantes habían sido testigos de violencia doméstica en su familia de origen, la metáfora fue una herramienta que les ayudó a recordar cómo ellos internalizaron su *ira volcánica* y la manera en que se prometieron, a sí mismos, nunca actuar como sus padres. A pesar de aquel deseo reconocieron haber actuado justamente como sus padres.

Fue la metáfora de la *ira volcánica*, la que permitió conectar al grupo, e iniciar una exploración de sus propios impases defensivos, encontrarse a sí mismos y entender que era lo que nutría las agresiones perpetradas hacia a la pareja y/o a los hijos. El tema de la violencia se convirtió en el punto unión entre los miembros. El hecho de compartir experiencias familiares provocó una disminución de la vergüenza, mientras experimentaban la sensación de universalidad- El hecho de saber que no estaban solos y que no eran malos, fue lo que permitió que la terapia avance de manera eficiente.

La imagen de la *ira volcánica* sirvió también para que el grupo concretizara la ira interna, en algo fuera del yo, identificándolo por ejemplo, con el padre o cónyuge enfurecido. Hecho que se relaciona con otro aspecto que se trató en el grupo: la duda sobre la seguridad de estar en el grupo y sobre si estarían o no protegidos de la ira expresada en forma de represalia del padre líder o psicólogo. Al surgir el tema sobre la transferencia de la peligrosidad que podría representar el psicólogo, el grupo fue capaz de hablar sinceramente sobre los miedos en cómo el líder puede facilitar su proceso de cambio, un pensamiento que era a la vez bien recibido y aterrador.

El terapeuta dio permiso al grupo para tomar posesión de su propia ira, sin que esto incrementara la culpa que ya sentían o el hecho de ser humillados sobre la manera en que presentaban un comportamiento descontrolado en sus hogares.

En casos como éstos, por lo general, se observa cómo el superego del paciente resiste a admitir su ira, una emoción confundida en contraste con la mirada perfeccionista del yo, como todo amoroso (Lothstein, 2015). Este autor manifiesta que estuvo sorprendido sobre la facilidad con la que las participantes mujeres, hablaron sobre su ira en el hogar, frente a los demás miembros del grupo. Señala también que la cohesión y la confianza, permitió la discusión sobre un tema *prohibido*. Con el tiempo los miembros desarrollaron conexiones y apego hacia los otros miembros del grupo y hacia el líder, y tuvieron la oportunidad de cambiar sus respuestas de crítica y frustración. Posteriormente fueron ellos mismos capaces de reconocer una familia nuclear definida por la *ira volcánica*, la cual los pacientes siempre la habían sentido como algo desagradable e inmanejable. Sin embargo, hablar de ella en el grupo propició alivio. Para muchos en el grupo esta fue la primera vez que hablaron de este sentimiento con alguien. La cohesión, la universalidad y el no sentirse juzgados, fueron

factores que propiciaron una atmósfera que permitió a los participantes hablar desde el corazón.

En grupos como éstos, el rol del terapeuta, es el de prevenir que el grupo esté sobreestimulado, sea tóxico o peligroso. Los pacientes tienden a usar los mecanismos defensivos de la niñez, como en este caso, el hecho de la repetición de la compulsión y la identificación con el agresor. Por lo general es muy difícil, para los pacientes admitir los sentimientos de ira, que provienen del interior del yo. Cuando un sentimiento suprimido de ira sale a la superficie, éste es por lo general experimentado como algo externo y es proyectado como un objeto temido fuera del yo, generalmente en identificación con el agresor.

Moverse desde la experiencia directa de la violencia doméstica como niño, a aceptar la ira propia, significa permitir a otros ver un lado diferente de sí mismo y resistirse a estar inmovilizado por la vergüenza. En la manera en que el grupo regula la angustia individual de miedo hacia su propia ira, a la que se le permite surgir sin amenaza de censura o castigo.

Tercera viñeta clínica

Abordaremos ahora los detalles que surgieron en un grupo conformado por seis hombres y dos mujeres, quienes reportaron haber experimentado un trauma en la infancia, marcado por el abandono y la separación. Al comienzo del proceso terapéutico, emergía en el grupo un caos emocional. Una paciente expresó que notaba un conflicto en sus emociones y que se sentía avergonzada y aterrada de expresar su ira. Sin embargo, compartió que el conflicto emocional que había ocasionado que intentara suicidarse, estuvo relacionada con haber vivido una relación incestuosa con su hermano y el rechazo que tuvo de su familia cuando ella develó el secreto. Después del relato estuvo presente un silencio intenso,

sintiéndose una fuerte tensión en el grupo, nadie quería hablar sobre el asunto. Entonces el psicólogo dijo al grupo que expresaran sus imágenes mentales en palabras, que pudieron haber surgido cuando la participante compartió su experiencia incestuosa. Las imágenes expuestas por los miembros fueron: vómito, mal olor, vidrio roto, sangre, objetos afilados, defecación con superpoderes, una muñeca que estaba comiendo a otra muñeca, y que tenía un brazo que sobresalía y decía ayúdeme, un monstruo que rondaba el pueblo. Por medio de estas imágenes, la vergüenza y el disgusto de la persona que hizo la revelación, estaban ahora presente en los otros miembros del grupo. El grupo fue llamado a pensar en su propia confusión y caos, relacionados con su propia infancia.

Presentaremos ahora el análisis que hace el autor sobre las imágenes expuestas por los miembros del grupo. El autor sugiere que el vómito y la defecación son necesidades biológicas que constituyen parte integral de la infancia, pudiendo éstas ser a la vez preciosas y aterradoras para quien lo experimenta. Durante los momentos en los que el niño experimenta confusión, situaciones problemáticas o entusiasmo, necesita la presencia de un cuidador para canalizar las emociones surgidas, especialmente la ira. En el contexto del grupo los padres están representados por sus líderes. En un proceso paralelo los miembros del grupo deseaban la escucha de los líderes que estuvieran conectados con el significado profundo de la confusión y el disgusto que va surgiendo, relacionado con las problemáticas de cada miembro. De la misma manera en que cuando cada uno de los miembros tenía dos años de edad, su defecación era apreciada y su vómito representaba una necesidad del cuerpo, en el aquí y el ahora del grupo las imágenes presentadas deben ser valoradas por cuanto son una necesidad orgánica en sus miembros.

Uno de los psicólogos hizo referencia a la muñeca que con su mano pedía ayuda; situación que también estaba presente en el grupo de manera implícita a través de las experiencias reportadas por los participantes. Los líderes muestran a los miembros la manera en que éste constituye un espacio en el cual los momentos de confusión podían ser vividos con la cercanía de los otros miembros, experimentando el contacto con otra persona para calmar y confrontar los recuerdos. Esta imagen también constituía una prueba para los líderes, sería una evaluación de si éstos tendrían la suficiente comodidad con la situación presentada para no huir de la enorme tarea que conlleva la confusión de sus miembros. Los participantes opinaron que las imágenes reflejaban algo en el yo que todavía no había salido y que era sostenido por el grupo como algo importante, un regalo valioso. Sin importar cuán grande sea la situación problemática, esta constituye un espacio seguro donde podrían ser escuchados y entendidos, donde los líderes se relacionaban con el grupo, sin hacer juicios, críticas, burlas o mostrar rechazo.

Cuando los miembros del grupo se sintieron conectados, escuchados y apoyados estos entraron en un campo minado en su corazón, que sacaban imágenes horribles de su confusión violenta en términos de regresión y gráficas corporales las cuales les han tenido enfermos y avergonzados. El silencio prolongado se hizo presente en el grupo, pues identificó el peligro de ser parte del proceso terapéutico y estar sobrecogido por el asco, la vergüenza primitiva y ser incapaces de sanarlo. La figura de la muñeca da cuenta de la dinámica sadomasoquista y de la angustia somática de la persona que se refirió a aquello. También la metáfora de los olores fecales que se permeaban en el grupo sugieren dinámicas relacionales regresivas, depresivas y sadomasoquistas que estuvieron presentes en la familia de origen. Una dinámica que arruinó la intimidad en la vida amorosa y en el trabajo de muchos de los miembros del grupo.

De alguna manera, estas imágenes reflejaron una sinestesia sensorial olfativa arraigada en los recuerdos del lóbulo temporal, de la agresión afectivo-somática de la primera infancia. Al expresar temas de sadismo, en el contexto de una escucha sin prejuicios y de mantener el ambiente, el grupo se calmó, ya que se sentían comprendidos y no juzgados por otros miembros ni por los psicólogos. A pesar de lo grotesco de las imágenes, las experiencias internas rodeadas de caos, confusión y violencia de sus vidas, éstas ahora tenían un nombre. Las imágenes fueron reformuladas por uno de los líderes como experiencias dolorosas que podían ser restauradas. Los miembros del grupo trabajaron con las raíces de su problemática en términos de fantasías sobre la violencia, tuvieron una voz que fue escuchada, sin miedo ni castigo. Un sentido de esperanza surgió en el grupo, a la vez que la imagen de la muñeca se convirtió en un símbolo de sobrevivencia y esperanza. Este compartir de imágenes privadas, dejó a algunos miembros del grupo sintiéndose expuestos, pero también permitiéndose ellos procesar material sadomasoquista y violento.

Cuarta viñeta clínica

El siguiente relato hace referencia al grupo intensivo que se reunía dos veces por semana y cuyo enfoque estuvo en las relaciones y la intimidad. Una de las reuniones comenzó por el relato de una de las participantes sobre el deseo de ir a visitar a su familia por el día de acción de gracias, lo que llevó a que otro de los participantes por el contrario mencionara que no deseaba ver a su familia, porque era extraña; además la señora que inició el relato comentó que ella siempre fue tomada como la oveja negra. Cuando uno de los líderes pidió que describiera cómo su familia era extraña, la participante hizo referencia a una relación incestuosa con su padre de larga duración. Lo cual ocasionó un profundo silencio entre los miembros del grupo. Al responder a una pregunta de uno de los participantes, la

persona supo indicar que su padre ya había muerto. A lo cual, uno de los líderes sugirió que tratara de escribir una carta al padre.

El material que sugirió del grupo hacía creer que la participante estaba consumida por la venganza y la rabia, inclusive que tenía el deseo de matar a su padre o a la imagen de él que vivía en su interior. La participante por el contrario trataba de explicar al grupo que ella se sentía muy confundida por sus sentimientos por amar a su padre y extrañarlo. En un principio el grupo se resistía a escuchar algo positivo sobre el padre, sobre el amor hacia él o los sentimientos ambivalentes de la participante. El grupo quería que la participante odie a su padre, presentando una distorsión cognitiva de pensamiento blanco y negro donde prevalecían las preocupaciones del superego primitivo. El grupo no podía tolerar la ambivalencia en los sentimientos de la participante, querían que la participante escribiera una carta de odio y venganza hacia su padre. En este punto la participante estaba siendo la oveja negra del grupo, lo cual tuvo que ser clarificado por uno de los líderes.

Posteriormente, otra participante hizo referencia a que sus dos hijos habían sido abusados entre los 5 y 13 años de edad. Después de haber hecho esta revelación, la participante no podía pensar ni sentir, su mente se había ido. Fue entonces cuando otra participante comentó que en su juventud ella había sido abusada por un amigo de la familia que era doctor. Compartió que a partir de esa experiencia ella veía a todos los hombres como abusadores, lo cual era escalofriante para los hombres del grupo. Esta participante que estaba sentada junto a uno de los líderes del grupo, estaba enojada y se burlaba del grupo, repitiendo que fue un doctor quien se aprovechó de ella. Aludiendo de esta manera al peligro del padre-líder y dando vida al odiado padre en el grupo para ser castigado por sus transgresiones.

Un proceso paralelo surgió cuando la última persona mencionó que había sido abusada en la juventud, dijo sentir que el grupo no le había creído. Estaba enojada porque esta vez el grupo no se había quedado en silencio. Estaba compitiendo por la atención del grupo con la participante que experimentó el incesto de su padre. Acusó al grupo de reaccionar en la misma manera que su familia de origen, ignorándola. Esta participante no se daba cuenta del paralelo entre su propia historia y la de la otra persona con la que estaba compitiendo. Como respuesta a esto, otro miembro del grupo mencionó que era muy difícil saber cómo reaccionar al ver tanto sufrimiento y preguntó a la participante que estaba enojada, qué necesitaba del grupo. Para luego mencionar que ella también había sido agredida sexualmente de adulta y no le había sido posible expresar eso a la familia, indicó que por el momento no se encontraba con su familia.

Las historias que surgieron dejaban ver como varios miembros del grupo tenían una familia corrupta. En aquel momento los líderes se preguntaban a sí mismos si el grupo como una nueva familia conformada era percibida por los miembros como otra familia que sería corrupta y que violaría límites. Los líderes también estaban preocupados sobre los ataques tanto corporal como mentalmente presentes en los miembros del grupo, lo cual podría ser un potencial de violencia y pérdida de límites en el grupo. Es por esto que una de las intervenciones fue alejar al grupo del pasado y traerles al presente, primero explicándoles lo que estaba ocurriendo y sugiriéndoles maneras de comprender y reafirmar lo que estaba siendo expresado en el grupo. Había la duda de si el grupo podía sostener el lío y las contradicciones del pasado que fueron originalmente percibidas como ataques en sus cuerpos y en sus mentes, para concebirlos de diferente manera. Podrían eventualmente, reformularlo como adultos estando en el aquí y el ahora, escuchando el dolor del otro, surgir con un entendimiento diferente de lo sucedido, y creer que un cambio podría ser posible. Se sugirió

al grupo sacar de su mente las posibles soluciones del pasado e ir más allá de la realidad de la infancia que involucraba una aceptación pasiva y miedosa. El grupo como una nueva familia permitía involucrarse en la escucha activa, la exploración y el entendimiento. En este punto se produjo un largo silencio, como si el potencial aliviador estaba empezando. El grupo tuvo alternativas, podían aceptar a la participante con sus sentimientos ambivalentes sobre su padre o regresar a la infancia con un pensamiento blanco y negro. Valientemente la primera participante trajo su conflicto al grupo cuando no se sintió validada por éste. La respuesta inicial del grupo fue rechazar al padre y proteger a la participante, pero eso no era lo que ella quería o necesitaba del grupo, reacción que fue percibida como violenta.

Al resistir el esfuerzo del grupo en negar su amor por el padre abusador, la participante abrió las puertas para que el grupo explore su propia ambivalencia, asunto que fue especialmente difícil para la mujer que había sido molestada por el doctor, quien estaba clínicamente paranoica.

A manera de reflexión, los autores señalan que el contenido y los temas que surgieron en las viñetas relacionadas con el aquí y el ahora en el proceso del grupo mostró que los pacientes necesitaban entender y aceptar sus conflictos violentos y usarlos como canalizadores del cambio. La habilidad del terapeuta de escuchar y contener los ataques en el cuerpo y la mente de los miembros del grupo, sin juzgar y manteniendo una actitud abierta para la discusión, permitió a los participantes sentirse a salvo y un día conocer su propia ambivalencia. Haciendo referencia a la neurociencia, esto permite la neuroconectividad para cambiar lo que ocurre en el cerebro. Este proceso también empezó en el grupo como parte del proceso de cambio. Acto seguido viene la reformulación del caos o de los impulsos violentos. Usando palabras para entender y aceptar el insoportable dolor del grupo, reconfortar a los

miembros del grupo y permitirles lograr cambio neurobiológico a nivel de los neuro circuitos de la superficie del cerebro, que son necesarios para inhibir la violencia y crear un estado auto reflexivo en conjunto; los miembros del grupo pueden estar tranquilos y curiosos acerca de lo que esto significa, versus solamente estar enfocado en los síntomas de cada persona y como manejar la depresión, la ansiedad, la sensación de vacío y el entumecimiento. Ellos estaban enfrentados a una paradoja.

Ejemplificación de las etapas del proceso grupal en un caso práctico

A continuación, se presentan las diferentes etapas del proceso terapéutico psicodinámico que se pudo observar en el trabajo referido por Browne, Saunders y Staecker (1997). Este grupo estuvo dirigido por dos psicólogos, por un hombre y una mujer. Las reuniones grupales se llevaron a cabo una vez por semana por 20 semanas, con una duración de dos horas y media. El período de 20 semanas se fijó debido a que éste constituía parte de un experimento en el que se compararían sus resultados con otro grupo con enfoque en terapia cognitivo conductual que tendría la misma duración en el tiempo. Este fue un grupo cerrado, no estructurado. Sin embargo, debido a que los participantes se presentaron resistentes y manipuladores, tanto los líderes del grupo como el supervisor decidieron darle un enfoque un poco estructurado.

Antes de ser aceptados en el tratamiento grupal, las personas debieron asistir a una evaluación, la cual consistió de entre 4 a 6 sesiones individuales. En esta evaluación se cubrieron temas como la búsqueda de ayuda en el pasado, potencial suicida, experiencias en la infancia relacionadas con la violencia, historia de abuso de sustancias, historia de abuso en relaciones adultas, entre otros temas. Estas entrevistas brindaron la oportunidad para confrontar la minimización que típicamente ocurre con este tipo de pacientes, así como para

reafirmar la auto revelación y la aceptación de la responsabilidad. Esta evaluación terminó con una rápida intervención para ayudar a los participantes a reconocer las claves de la agresión de manera cognitiva y fisiológica. Algunos participantes no fueron incluidos en el grupo debido a que negaban completamente su situación o a que presentaban problemas mentales severos.

Algunos de los dilemas que surgieron en el grupo fueron los comentarios sexistas de los miembros y la cantidad de reporte personal de los líderes. Para abordar una reflexión sobre los comentarios sexistas, los psicólogos prefirieron esperar a que la confianza en el grupo se hubiera consolidado. El abordaje que hizo la líder mujer en este sentido fue hacer una reflexión sobre como los comentarios sexistas perjudican a quien los dice y de manera extendida a la persona a la que se refieren, tratando de desarrollar las habilidades empáticas de los miembros del grupo mas no usando amenazas sobre el vocabulario que usan. Esta intervención se basa en los criterios de Warrior (1989) cuando señala que los cambios que duran en el tiempo surgen del darse cuenta y de la empatía, éstos se generalizan de mejor manera que los cambios hechos en base al miedo y la humillación. En lo referente a la cantidad o al tipo de revelación personal apropiada de parte de los psicólogos, éstos expresaron emociones positivas y negativas hacia algunos miembros y también hacia el grupo en general; cuya finalidad fue la de modelar las expresiones y los sentimientos de intimidad, construir la confianza y cohesión en el grupo.

Nos referiremos ahora a las etapas por las que atravesó el grupo donde hubo una búsqueda inicial de un sentido en comunidad y confianza, se presentaron asuntos relacionados con el poder, el control, la cercanía y la cohesión. Con fines didácticos, éstas se dividen en cuatro etapas. La primera fase, que estuvo conformada por las cinco primeras

sesiones donde se buscó alcanzar estabilidad emocional y consolidar la confianza. Para esto se propusieron ejercicios en los que los miembros en parejas debían compartir información personal sobre su trabajo, hobbies, experiencias pasadas en otros grupos, esperanzas y miedos sobre este grupo, así como su experiencia como hombres en la sociedad actual. También aquí se discutieron y se acordaron las normas en la manera de compartir. Algunos miembros expresaron su ambivalencia sobre la necesidad o la finalidad de participar en el grupo y los miedos o las represalias que podrían obtener al compartir aspectos de su vida privada en el grupo.

El enfoque de la tercera a la quinta sesión estuvo en las historias personales y la construcción de un sentimiento de comunidad. Los participantes escribieron su autobiografía como tarea y luego la compartieron en el grupo; ésta debía incluir experiencias pasadas de abuso, la relación con los padres y hermanos, sentimientos sobre estas experiencias, y la manera en que habían afectado su vida. Para varios de los participantes, este ejercicio evocó emocionalidad, reveló sentimientos y experiencias que estuvieron reprimidas por largo tiempo. Los autores refieren que la integración de la experiencia traumática es necesaria para desarrollar control sobre el impulso y tolerar las emociones, la validación del trauma es necesaria para su integración y alcanzar una posterior mejora en las relaciones.

La fase dos comprendió las sesiones 6 a la 9, donde se trataron aspectos relacionados a las adicciones de algunos de los participantes o la exposición a estas adicciones en las familias de origen. Al reportar estas experiencias algunos de los participantes manifestaron sentirse fuera de control. En la sesión 6 y 7 se trató sobre el impacto del abuso de sustancias en la vida adulta, incluyendo tendencias autodestructivas. La vergüenza y la actitud defensiva que muchos de estos hombres mostraron parecen surgir por las necesidades

no satisfechas de apego en etapas tempranas del desarrollo. El cuerpo puede incorporar y suprimir traumas tempranos vividos en la niñez, resultando en patrones habituales defensivos que pretenden ocultar la verdadera herida. Por este motivo se hicieron ejercicios que trataban de rescatar estos traumas somatizados. Un ejercicio proponía a una persona caminar hacia la otra, tomando turnos, al mismo tiempo debía tomar consciencia de sus sentimientos, se les pidió a los participantes que tomen en cuenta la distancia a la que la comodidad se transformaba en incomodidad. Esto ayudó a que varios hombres asintieran la naturaleza de los límites personales. Se usó también un ejercicio de las artes marciales denominado *brazo que no se dobla*. El objetivo de éste fue desarrollar un sentido interno de control y disciplina. Los hombres aprendieron que un brazo relajado, centrado, que no mostraba resistencia es más fuerte que un brazo tenso con resistencia. La fuerza y la tensión fueron experimentadas como contraproducentes para lograr el objetivo. Otro ejercicio fue la *caminata de confianza*, donde una persona que tiene los ojos vendados es guiada por otra que si puede ver, mientras caminan por la sala. Como resultado de este ejercicio tanto la persona que fue guiada como quien guió evocaron sentimientos fuertes al momento de compartir la experiencia en el grupo, debido a que varios de los participantes guardaban resentimiento hacia los miembros de su familia o hacia sus parejas, un ejercicio fue incluido con la finalidad de trabajar en el perdón y en el dejar pasar. Los miembros del grupo escribieron una carta a la persona que ellos querían perdonar, como por ejemplo a un padre. Después de esta fase la cohesión en el grupo fue alta y se pidió a los miembros que compartieran su historia de abuso con los demás y cómo esto les hacía sentir. A pesar de que las historias de abuso fueron reportadas en una etapa temprana en el proceso, en ese momento varios de los participantes estaban listos emocionalmente para revelar el dolor que el abuso había causado en su pareja y en ellos mismos.

La tercera fase de la terapia se llevó a cabo entre las sesiones 10 y 15. En la sesión número 10 se les pidió a los miembros del grupo que evaluarán la utilidad del grupo hasta ese momento y cuáles eran sus objetivos para el resto del programa. Uno de los miembros del grupo reconoció que algo nuevo, era poder darse cuenta como el enojo puede provocar una necesidad de sacar la ira en la primera oportunidad que se presenta; además añadió que era importante reconocer cuando esto le pasaba. Otro miembro, dijo que cuando se siente enfadado sobre cualquier cosa se pregunta a sí mismo si esto vale la pena.

Debido a que a menudo los participantes reconocieron decepciones pasadas y la dificultad de responsabilizarse o crear intimidad en el presente, durante la sesión 11 y 12 se incluyeron algunos ejercicios para trabajar en la dificultad de los miembros en la intimidad con sus familias de origen y en la vida adulta. Los ejercicios revolucionaron los roles de los hombres en sus familias, el dolor de vivir sin intimidad, con límites poco saludables y en relaciones de control.

La parte final del proceso terapéutico se llevó a cabo entre la sesión 16 a la 20, donde se trabajó sobre el tema de cambiar el presente. En las sesiones finales se enfocó en el hecho de crear límites apropiados en las relaciones, desarrollar escenarios y actitudes ganar-ganar y dejar pasar la necesidad de controlar a otros y verse a uno mismo desde otra perspectiva. En las últimas dos sesiones, se trató el tema de terminar una relación (como por ejemplo la del grupo) y despedirse sin retirarse emocionalmente o desconectarse a sí mismo u a otros. Los líderes del grupo discutieron sobre las maneras de terminar relaciones con integridad emocional, estando conscientes de los asuntos del abandono que afectaba a la mayoría de hombres y la manera de permanecer emocionalmente abierto. Se utilizó la imaginación guiada para integrar la experiencia del grupo así como una discusión sobre el

compromiso y el crecimiento. En la sesión final se llevó a cabo una autoevaluación de los miembros y se hizo una apreciación de a cada uno de los participantes por su contribución en el grupo.

Las conclusiones a las que se llegó en esta investigación fueron que no hay una diferencia en cuanto a las recaídas en el seguimiento que se hizo durante dos años a las parejas de los participantes tanto del grupo que recibió terapia cognitivo conductual como del que recibió terapia en un enfoque psicodinámico no estructurado. No obstante, el modelo psicodinámico mostro dos ventajas. La primera, que retuvo a un mayor porcentaje de participantes en el tratamiento. Segunda, este modelo demostró ser más efectivo con desordenes de personalidades dependientes. Sin embargo, el modelo cognitivo conductual mostró mejores resultados para personalidades antisociales.

Luego de la experiencia en la práctica, estos autores les llegaron a la conclusión de que el tratamiento para algunas personas que presentan un apego desorganizado, debe primero enfocarse en el abordaje de los traumas de la infancia en un grupo no estructurado, donde se sientan apoyados antes de trabajar en comportamientos nuevos.

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Sobre la base de la pregunta que se planteó para este trabajo de investigación: ¿cómo y de qué manera la terapia psicodinámica grupal puede ser una medida eficaz en el tratamiento psicológico del perpetrador de violencia intrafamiliar?, la metodología que se aplicará para su respuesta será cualitativa, con un diseño de tres pasos. Primero, la selección de participantes que conformaran el grupo terapéutico. Segundo, el desarrollo de las sesiones terapéuticas. Tercero, emitir un informe del proceso terapéutico realizado por el grupo, el cual servirá de información para quien quisiera adentrarse en este tipo de enfoque terapéutico.

Diseño y Justificación de la Metodología Seleccionada

El objetivo de la terapia de grupo con enfoque psicodinámico, es trabajar en los orígenes de la conducta violenta que presentan quienes perpetúan actos violentos hacia la pareja íntima (Lothstein, 2015). Lo cual requerirá que el grupo logre consolidar un ambiente donde los participantes puedan compartir experiencias seguramente dolorosas o traumáticas, vividas en etapas tempranas del desarrollo, propiciando el reconocer y procesar sentimientos guardados por un largo período y permite a los participantes identificar de dónde proviene la ira, el enojo, el resentimiento o la vergüenza (Browne, Saunders y Staecker, 1997). Este trabajo interno repercutirá en una toma de consciencia de cada persona y en su conducta.

La metodología cualitativa es la que mejor se adapta a este tipo de trabajo, debido a que el objetivo de ésta es observar y analizar la realidad de los participantes en su contexto para posteriormente emitir un informe del trabajo efectuado (Flores, Gómez, y Jiménez, 1999). Es mediante la relación interpersonal que se produce en el grupo que los participantes

experimentan vivencias transformadoras (Yalom, 2000), las cuales serán recopiladas por los líderes del grupo tanto para facilitar el trabajo personal de los miembros como para reportarlas en el informe final que se emitirá sobre el proceso terapéutico llevado a cabo.

Martínez, E. (2012) indica que la recolección de datos que aplica para la metodología cualitativa se debe realizar mediante observación, son los psicólogos que liderarán el grupo quienes recogerán esta información a nivel individual, interpersonal y grupal en base a la escucha activa que aplicarán durante cada sesión terapéutica.

Participantes

El grupo terapéutico estará conformado por 10 participantes que pueden ser hombres o mujeres quienes hayan tenido conductas agresivas con su pareja íntima, mayores de edad que han sido referidos por psicólogos clínicos, que realizan un trabajo en terapia individual, sin importar su condición socioeconómica. Los futuros participantes deberán ser entrevistados en cuatro sesiones individuales antes de ser admitidos en el grupo. El criterio de no admisión en el grupo será si el participante no admite responsabilidad de sus actos violentos, o si presentan rasgos o personalidad antisocial, psicosis, riesgo suicida, retraso mental moderado o severo. En caso de que los participantes referidos sean analfabetos, se conformará otro grupo para agresores de violencia doméstica que presenten analfabetismo, el cual se desarrollará siguiendo el diseño planteado. El proceso de terapia grupal que se llevará a cabo pretende ser un proceso paralelo a la terapia individual de cada participante. El grupo terapéutico estará dirigido por dos psicólogos clínicos, un hombre y una mujer, éstos no podrán ser las mismas personas que realicen terapia individual a ninguno de los participantes del grupo.

Herramientas de Investigación Utilizadas

Para la selección de los participantes se llevará a cabo cuatro entrevistas individuales con los participantes, cada una de ellas tendrá una duración de 50 minutos, una vez por semana. En las dos primeras entrevistas semiestructuradas se llenará la Evaluación Psiquiátrica Inicial de los Sistemas Médicos de la Universidad San Francisco de Quito, con el objetivo de tener la historia clínica o anamnesis del paciente. En la tercera entrevista no estructurada se explorará sobre la responsabilidad que el paciente atribuye a los hechos violentos y las aspiraciones personales sobre el manejo de este tipo de conductas. En la cuarta entrevista se explicará al paciente cuál será la metodología, los objetivos y las dinámicas esperadas en la terapia grupal con enfoque psicodinámico, además de resolver cualquier inquietud que el paciente pueda tener al respecto. Estas entrevistas serán realizadas por los dos psicólogos en conjunto, quienes posteriormente dirigirán el grupo terapéutico; éstos y el supervisor seleccionarán a los candidatos que conformarán el grupo.

Los encuentros se llevarán a cabo una vez por semana y cada encuentro tendrá la duración de 2 horas y media, por un periodo de 6 meses. Este será un grupo interpersonal con orientación dinámica ambulatorio, cerrado, no estructurado. Se incluirán cierto tipo de ejercicios guiados con la finalidad de facilitar que los participantes logren la introspección deseada.

Luego de concluida cada sesión grupal, los dos psicólogos, individualmente, ese mismo día, registrarán todas las observaciones de las intervenciones individuales de los participantes, los procesos intrapersonales, interpersonales o grupales que se presenten, las posibles alianzas entre los miembros, luchas de poder o control. Unos días anteriores a la próxima sesión grupal, los dos psicólogos se reunirán para evaluar el proceso terapéutico y

planificar la próxima sesión. Cada dos sesiones los líderes se reunirán con el supervisor del grupo.

Procedimiento de recolección y Análisis de Datos

Con la finalidad de que se refieran participantes para conformar el grupo terapéutico se contactará al mayor número de psicólogos posibles, en la ciudad de Quito, de preferencia personalmente, por teléfono, o por e-mail. A los profesionales se le presentará o se les enviará una carta que indique los beneficios que un trabajo grupal puede ofrecer, a la par del trabajo individual en perpetradores de violencia doméstica.

Luego de recibir las referencias de los posibles participantes, se contactará a cada uno de manera telefónica invitándoles a participar en el grupo, dándoles una breve información de la metodología que será utilizada, así como las fechas de selección y de comienzo del abordaje grupal. Posteriormente se llevarán a cabo las entrevistas individuales con los posibles participantes para luego proceder a la selección de éstos. El objetivo es tener 10 participantes, pero en caso de no alcanzar ese número, se podrá iniciar con el mínimo de 6, a su vez en caso de sobrepasar el número se podrá aceptar hasta un máximo de 15.

Las sesiones grupales comenzarán siempre con 10 minutos de relajación y se llevarán a cabo ejercicios de respiración con música relajante, en todas las sesiones se utilizará la misma música para recibir a los participantes, para que éste sea un mecanismo de conexión con el trabajo terapéutico del grupo. Cada sesión tendrá tres etapas: inicio, desarrollo y cierre. En la etapa de inicio se incluyen los ejercicios de relajación y una ronda de participación, donde cada uno de los miembros del grupo podrá compartir eventos importantes surgidos durante la semana. En la etapa de desarrollo se evocará primero el trabajo terapéutico llevado

a cabo en la sesión anterior, para buscar siempre una continuidad en el desarrollo del proceso terapéutico.

Durante esta etapa los líderes podrán proponer algún ejercicio, en caso de ser necesario como disparador para lograr un objetivo terapéutico determinado; siempre se incluirá la discusión abierta entre los participantes sobre los temas surgidos. En la etapa de cierre se realizará siempre una ronda de intervenciones de cada miembro del grupo, donde se les pedirá que rescaten lo que se llevan de la sesión y que expresen cómo se van al concluir la reunión terapéutica. Esta ronda final de preguntas tiene dos objetivos: primero facilitar que la persona encuentre un elemento de la sesión, que tiene carácter terapéutico para él, y segundo, determinar el estado emocional al concluir la sesión. En caso de que un participante tuviera algún tipo de requerimiento especial o desencadenara un estado emocional de riesgo, los psicólogos deberán intervenir para asegurar la estabilidad emocional del participante antes de dejar las instalaciones.

El proceso terapéutico se desarrollará en 24 sesiones, las cuales se dividirán en cuatro fases: consolidación de la confianza, acercamiento a las vivencias en etapas tempranas del desarrollo, reconocimiento de las conductas de la vida adulta, y cierre.

La primera fase de consolidación de la confianza se desarrollará entre la sesión 1 y 5, también será el momento de acordar las normas del grupo con los miembros. Se propiciará la discusión sobre experiencias pasadas en ambientes terapéuticos, expectativas y posibles temores de ser parte de un grupo de terapia. Con la finalidad de consolidar la confianza en el grupo, los terapeutas pondrán especial atención en brindar un ambiente de aceptación y de validación para cada participante.

En la segunda fase, de la sesión 6 a la 12, el objetivo terapéutico será el de contactar con las etapas tempranas del desarrollo y compartir las experiencias vividas en la familia de origen, o en un contexto social. Se explorarán los diferentes sentimientos que pueden estar reprimidos con la finalidad de lograr la liberación de estos sentimientos y de las posibles experiencias traumáticas que pudieron haber sido experimentadas por los miembros.

De la sesión 13 a la 19, se desarrollará la tercera fase del enfoque terapéutico, en las cuales se busca relacionar las experiencias vividas en las etapas tempranas del desarrollo con las conductas en la vida adulta. Se propiciará relacionar los sentimientos reprimidos de la biografía del participante con posibles conductas agresivas hacia terceros, y más específicamente hacia la pareja íntima o hijos. Se abordarán las consecuencias de la conducta agresiva en la vida de los participantes y en su entorno, para explorar qué decisión van a tomar sobre estas conductas en el presente.

De la sesión 20 a la 24 será la etapa de cierre del proceso grupal. Como parte de esta fase, primero se solicitará al grupo hacer una evaluación, tanto a nivel individual como grupal del proceso experimentado, con dos propósitos: propiciar una internalización de los avances obtenidos en el grupo en cada individuo y averiguar si hay algún aspecto que necesite ser abordado a nivel individual, interpersonal o grupal. Posteriormente se trabajará sobre la despedida entre los miembros del grupo y la manera de concluir una relación, que ha involucrado experiencias y sentimientos íntimos, lo cual se espera constituya un aprendizaje vicario (o por imitación) a ser internalizado por los miembros del grupo.

El informe de los psicólogos sobre el proceso terapéutico grupal, será realizado en conjunto y constituirá una recopilación de las observaciones a nivel individual, interpersonal y grupal, realizada por ellos a lo largo de las cuatro etapas.

Las repercusiones del trabajo terapéutico realizado, se evaluará a los 3 y 6 meses posteriores a la última sesión del grupo, los participantes deberán llenar un formulario de 9 preguntas a manera de catamnésis (evaluación psicológica posterior a la intervención), con lo cual se busca medir si la intervención grupal psicodinámica logró cumplir con los objetivos planteados inicialmente.

Consideraciones Éticas

En el trabajo que se realizará, se tendrá especial cuidado en seguir todos los lineamientos éticos relacionados con el estudio con individuos, a los cuales hace referencia el Código de Ética de la APA (Fisher, 2009). Todas las personas que sean parte del proceso de selección, firmarán previamente un consentimiento informado, en el cual se detallarán los objetivos y la metodología a seguir en la selección de los participantes. Se les dejará saber que su participación en éste es totalmente voluntaria y que podrán retirarse del proceso en cualquier momento, sin que este hecho tenga ningún tipo de implicación que perjudique al candidato. Los participantes recibirán un código, bajo el cual se registrará la información de las entrevistas, con la finalidad de garantizar el anonimato, incluso ante el supervisor terapeuta, para evitar cualquier tipo de daño que pudiera llegar a presentarse por este motivo, y buscar siempre asegurar la confidencialidad de la información reportada.

Una vez realizado el proceso de selección de candidatos y conformado el grupo terapéutico, se requerirá que los participantes firmen otro consentimiento informado, el cual seguirá los mismos preceptos estipulados en el párrafo anterior, haciendo relación a las sesiones de terapia grupal que se llevaran a efecto.

RESULTADOS ESPERADOS

El primer objetivo planteado para este trabajo de investigación, fue determinar los factores que subyacen en el individuo y que le llevaran a tener una conducta de violencia doméstica. Este objetivo se alcanzará de dos maneras: uno, por medio de la información proporcionada en las entrevistas que se realizarán en el proceso de selección de los participantes, se podrá identificar a qué atribuyen los agresores su conducta; dos, a través de la exploración personal en el proceso de la terapia grupal. Se deberá, de esta manera, corroborar los datos obtenidos con los planteamientos de la literatura encontrada sobre el mismo tema.

El segundo objetivo, estudiar a fondo el manejo de la terapia de grupo psicodinámica, se logrará a través de la planificación y posterior realización de las 24 sesiones grupales establecidas. Finalmente, se espera que como resultado de la participación en el grupo de terapia psicodinámica, los participantes logren resolver situaciones vividas en sus familias nucleares, las cuáles tendrían repercusiones en la manera de actuar en las relaciones interpersonales íntimas. Por medio de los resultados referidos en la catamnésis se podrá establecer también cuales son los factores terapéuticos que ayudaron o impidieron a los participantes a lograr un trabajo terapéutico profundo en los miembros del grupo.

DISCUSIÓN

Para finalizar con este proyecto de investigación, se debe responder a la pregunta: ¿Cómo y de qué manera la terapia psicodinámica grupal puede ser eficaz en el tratamiento psicológico del perpetrador de violencia intrafamiliar? Según la información recabada por los participantes, luego de haber terminado las 24 sesiones de terapia grupal planificadas, sabemos que esta forma de intervención psicológica constituye un factor determinante en cambio de la conducta de quienes perpetraron actos de violencia doméstica en el pasado.

Durante el desarrollo de las sesiones de terapia de grupo se pudo constatar lo señalado en la literatura (Flores, 2010; Hopper, 2003; Lothste, 2015; Yalom, 1995) en el sentido de que explorar los recuerdos de sucesos vividos en etapas tempranas del desarrollo, son un medio para que los individuos logren identificar la raíz del problema, que desencadenaba una conducta violenta hacia su pareja íntima, actitud que pudo haber sido extendida hacia los hijos. Permite a los miembros del grupo encontrar los sentimientos que estuvieron reprimidos por muchos años, los cuales no fueron procesados debidamente, provocando este tipo de comportamientos. Esta identificación y posterior trabajo liberador es interiorizado, mostrando una respuesta menos violenta hacia las personas de su núcleo familiar.

Tanto en la documentación de las observaciones del proceso realizado por los líderes del grupo, así como en la anamnesis de sus miembros se hace evidente que varios de los factores terapéuticos señalados por Yalom (1995; 2000) tuvieron un papel determinante en el desarrollo del trabajo psicológico. El hecho de que los participantes se hayan sentido aceptados en el grupo al revelar información personal íntima, y saber que otros miembros también habían

experimentado situaciones parecidas, de las cuales se avergonzaban, influyó para que éstos pudieran lograr una exploración personal.

Durante las sesiones de terapia grupal no hubo deserción de participantes, solo algunas ausencias ocasionales. Todos los participantes, reportaron haber logrado un trabajo psicológico profundo. Lo cual guarda relación con lo que señalan por Browne, Saunders, & Staecker (1997) quienes indican que la terapia grupal psicodinámica logra un mayor grado de retención de participantes que otros enfoques terapéuticos. Seguramente otro factor que determinó la continuidad en el tratamiento fue el proceso de selección previo que se hizo de los participantes siguiendo el planteamiento propuesto por Browne, Saunders, & Staecker (1997) quienes hacen énfasis en la importancia de analizar la actitud frente a la responsabilidad personal, asumida sobre la conducta violenta, de los posibles candidatos. En este proceso de selección también se tuvo en cuenta los perfiles de personalidad de los individuos, debido a que la literatura es muy clara, cuando señala que los perpetradores de violencia doméstica, pertenecen a un grupo heterogéneo (Juodis, et al., 2014). Por tal razón en el proceso de selección de participantes se descartó tipologías que no responderían al proceso grupal, sino que lo entorpecerían.

A manera de conclusión, debemos señalar que la terapia de grupo psicodinámica es una alternativa válida para el tratamiento psicológico de un determinado grupo de perpetradores de violencia doméstica. En este grupo se incluyen individuos que aceptan la responsabilidad de su conducta, que tienen la intención de cambiar esta conducta y que no presentan perfiles o rasgos psicopáticos, psicóticos, riesgo suicida o retraso mental. Este tipo de enfoque terapéutico presenta un alto grado de adhesión al tratamiento y de cambio conductual originado desde una introspección y deseo personal de cada participante.

Recomendaciones para Futuros Estudios

Al revisar la literatura que existe sobre la violencia doméstica, hay tres aspectos interesantes que se prestan para futuras investigaciones. El primero está relacionado con la manera en que una relación abusiva puede continuar luego de la separación de la pareja, tomando formas más sutiles, pero igual de perjudiciales. A continuación se hace referencia a los hallazgos de Evans (2007) en su investigación respecto a este tema. La mayoría de sobrevivientes de relaciones donde hubo violencia doméstica, señalan que el contacto que se establece luego de la separación con el perpetrador, es por lo general inapropiado y dañino. El contacto continuo, a través del acceso de los niños, a menudo actúa como un conducto para la continuación de la misma relación abusiva; la manipulación continua y la hostilidad obstaculizan el esfuerzo del sobreviviente, para avanzar en su recuperación. La relación de padres, después de la separación, puede permitir que el ex compañero abusivo continúe socavando al sobreviviente de la relación abusiva en su rol como padre. El padre abusivo ejerce conductas manipulativas con los menores de edad y buscan continuar con la violencia y el control hacia la ex pareja, situación que afectan también a la salud mental no solo de la ex pareja, sino de los mismos niños o adolescentes. Segundo, diferentes autores hacen referencia a la necesidad de investigar, diseñar e implantar programas en los que se trabaje en la prevención de este tipo de violencia con los niños y los adolescentes. Theobald, Farrington, Coid, y Piquero, (2016) consideran que se debe trabajar en la prevención de la violencia doméstica desde la infancia, cuando el comportamiento violento va moldeando en el ser humano. También Juodis, Starzomski, Porter, y Woodworth, (2014) indican que es importante que los adolescentes, antes de establecer relaciones sentimentales, sepan cómo reaccionar ante la frustración que produce la terminación de este tipo de relación. En este sentido se debería hacer un trabajo en cuanto a la aceptación de la terminación y al

procesamiento de las emociones involucradas en dicho proceso. Tercero, resultaría interesante investigar por qué la sociedad en general tiende a referirse a la violencia como un hecho aislado según lo señalado por Hearn (1998); Kelly, y Westmarland, (2016); Coy y Kelly (2011), Evans (2007). Esta investigación podría provocar una reacción en la sociedad en base a considerar que la violencia doméstica está por lo general relacionada con el control coercitivo de la pareja, situación ante la cual se hace necesario educar a la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akoensi, T. D., Koehler, J. A., Lösel, F., y Humphreys, D. K. (2013). Domestic violence perpetrator programs in Europe, Part II: A systematic review of the state of evidence. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 57(10), 1206-1225.
- Amor, P. J., Echeburúa, E., de Corral, P., Zubizarreta, I., & Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(2).
- Amor, P. J., Echeburúa, E., & Loinaz, I. (2009). ¿Se puede establecer una clasificación tipológica de los hombres violentos contra su pareja? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(3).
- Arriagada, I., y Godoy, L. (1999). *Seguridad ciudadana y violencia en América Latina: diagnóstico y políticas en los años noventa*. Cepal-Serie Políticas sociales, Naciones Unidas, Santiago de Chile.
- Browne, K., Saunders, D., & Staecker, K. (1997). Process-psychodynamic groups for men who batter: A brief treatment model. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 78(3), 265-271.
- Burlingame, G. M., Fuhriman, A., & Mosier, J. (2003). The differential effectiveness of group psychotherapy: A meta-analytic perspective. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 7(1), 3.
- Burlingame, G. M., McClendon, D. T., & Alonso, J. (2011). Cohesion in group therapy. *Psychotherapy*, 48(1), 34.
- Camacho, G. (2014). La violencia de género contra las mujeres en el Ecuador: Análisis de los resultados de la Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres. *Quito: Consejo Nacional para la igualdad de Género. Recuperado de http://www.unicef.org/ecuador/Violencia_de_Gnero.pdf*.

- Martínez, Y. I. C. Validación de dos versiones cortas para evaluar violencia en la relación de pareja: perpetrador/ay receptor. *Juan Lafarga Corona· Universidad Iberoamericana, México Editor Fundador*, 62.
- Corbalán, J., & Patró, R. (2003, May). Consecuencias psicológicas de la violencia familiar: mujeres maltratadas e hijos de hogares violentos. In *Conferencia invitada en las II Jornadas sobre Mujer y Salud: Interacción de los contextos familiar y laboral. Murcia* (pp. 435-56).
- Coy, M., & Kelly, L. (2011). *Islands in the Stream: An Evaluation of Four Independent Domestic Violence Advocacy Schemes. Executive Summary*. Henry Smith Charity.
- Díaz Portillo, I. (2000). *Bases de la Terapia de Grupo*. Mexico: Editorial Pax México.
- Elklit, A., Murphy, S., Jacobsen, C., & Jensen, M. K. (2018). Clinical and personality disorders in a Danish treatment-seeking sample of intimate partner violence perpetrators. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 62(11), 3322-3336.
- Echeburúa, E., & Amor, P. J. (2016). Hombres violentos contra la pareja: ¿ tienen un trastorno mental y requieren tratamiento psicológico? *Terapia psicológica*, 34(1), 31-40.
- Edleson, J. L. (1999). The overlap between child maltreatment and woman battering. *Violence against women*, 5(2), 134-154.
- Evans, I. (2007). *Battle-scars: Long-term effects of prior domestic violence*. Melbourne, Australia: Centre for Women's Studies and Gender Research, Monash University.
- Fisher, C. B. (2009). *Decoding the ethics code: A practical guide for psychologists*. Sage.
- Flores, P. J. (2010). Group psychotherapy and neuro-plasticity: An attachment theory perspective. *International Journal of Group Psychotherapy*, 60(4), 546-570.
- Flores, J. G., Gómez, G. R., & Jiménez, E. G. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Aljibe.

- Foulkes, S. H. (2018). *Group analytic psychotherapy: Method and principles*. New York: Routledge.
- Flury, M., Nyberg, E., & Riecher-Rössler, A. (2010). Domestic violence against women: definitions, epidemiology, risk factors and consequences. *Swiss Med Wkly*, 140(6).
- Gelles, R. J. (1991). Physical violence, child abuse, and child homicide. *Human Nature*, 2(1), 59-72.
- Gómez-Guadix, M., & Calvete, E. (2012). Violencia filio-parental y su asociación con la exposición a la violencia marital y la agresión de padres a hijos. *Psicothema*, 24(2).
- Gondolf, E. W. (2011). The weak evidence for batterer program alternatives. *Aggression and Violent Behavior*, 16(4), 347-353.
- Greenspan, G. S., & Samuel, S. E. (1989). Self-cutting after rape. *The American journal of psychiatry*.
- Hamilton, L., Koehler, J. A., y Lösel, F. A. (2013). Domestic violence perpetrator programs in Europe, part I: A survey of current practice. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 57(10), 1189-1205.
- Hearn, J. (1998). *The violences of men: How men talk about and how agencies respond to men's violence to women*. Sage.
- Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S. M., Gard, T., & Lazar, S. W. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 191(1), 36-43.
- Holtzworth-Munroe, A., & Stuart, G. L. (1994). Typologies of male batterers: Three subtypes and the differences among them. *Psychological bulletin*, 116(3), 476.
- Hopper, E. (2003). *Traumatic experience in the unconscious life of groups: The fourth basic assumption: Incohesion: Aggregation/massification or (ba) I: A/M* (Vol. 23). Jessica Kingsley Publishers.

- i Elias, P. V., Arredondo, J. R., & Virgili, E. T. (2009). *Dinámica de grupos*. UOC Universitat Oberta de Catalunya. Barcelona. Eureca Media, SL.
- Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censo (2012). Primera Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Genero contra las mujeres.
- Jensen, H. H., Mortensen, E. L., & Lotz, M. (2010). Effectiveness of short-term psychodynamic group therapy in a public outpatient psychotherapy unit. *Nordic Journal of Psychiatry*, *64*(2), 106-114.
- Juodis, M., Starzomski, A., Porter, S., & Woodworth, M. (2014). What can be done about high-risk perpetrators of domestic violence?. *Journal of family violence*, *29*(4), 381-390.
- Kelly, L., & Westmarland, N. (2016). Naming and defining ‘domestic violence’: Lessons from research with violent men. *Feminist review*, *112*(1), 113-127.
- Kivisto, A. J. (2015). Male perpetrators of intimate partner homicide: A review and proposed typology. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law online*, *43*(3), 300-312.
- Lane, R. C., Koetting, M. G., & Bishop, J. (2002). Silence as communication in psychodynamic psychotherapy. *Clinical psychology review*, *22*(7), 1091-1104.
- Lieberman, L., Yalom, I., Miles, M. (1973). *Encounter Groups: First Facts*. New York: Basic Books.
- Lothstein, L. M. (2015). Multi-tiered group therapy model to identify and treat the root causes of domestic violence: a proposal integrating current social neuroscience findings. *International journal of group psychotherapy*, *65*(2), 210-240.
- Marshall, A. D., & Holtzworth-Munroe, A. (2002). Varying forms of husband sexual aggression: Predictors and subgroup differences. *Journal of Family Psychology*, *16*(3), 286.
- Martínez, E. (2012). Métodos Cuantitativos de Recolección de Información Primaria. Guanajuato: UVEG

- Murphy, C.M., Taft, C.T. y Eckhardt, C.I. (2007). Anger problem profiles among partner violent men: Differences in clinical presentation and treatment outcome. *Journal of Counseling Psychology*, 54, 189-200.
- Norlander, B. y Eckhardt, C.I. (2005). Anger, hostility, and male perpetrators of intimate partner violence: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 25, 119-152
- Olmedo, P. C. G. N., y Boira, P. S. (2016). Características de la violencia intrafamiliar en Imbabura en función de sexo de la víctima y del agresor.
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia 2014*. Obtenido de, el 29 de Abril del 2018: www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/es/
- Porges, S. W. (2001). The polyvagal theory: phylogenetic substrates of a social nervous system. *International Journal of Psychophysiology*, 42(2), 123-146.
- Patró Hernández, R., y Limiñana Gras, R. M. (2005). Víctimas de violencia familiar: Consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas. *Anales de psicología*, 21(1).
- Ramberg, L. (2006, March). In dialogue with Daniel Stern: A review and discussion of the Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life. In *International Forum of Psychoanalysis*(Vol. 15, No. 1, pp. 19-33). Taylor & Francis Group.
- Regev, D., Chasday, H., & Snir, S. (2016). Silence during art therapy—The client's perspective. *The Arts in Psychotherapy*, 48, 69-75.
- Schore, A. N. (2009). Relational trauma and the developing right brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1159(1), 189-203.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American psychologist*, 65(2), 98.

- Stern, D. N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life (Norton series on interpersonal neurobiology)*. New York: WW Norton & Company.
- Stout, K. D. (1993). Intimate femicide: A study of men who have killed their mates. *Journal of Offender Rehabilitation*, 19(3-4), 81-94.
- Tajfel, H. (1984). *Grupos humanos y categorías sociales*. Barcelona: Herder.
- Theobald, D., Farrington, D. P., Coid, J. W., & Piquero, A. R. (2016). Are male perpetrators of intimate partner violence different from convicted violent offenders? Examination of psychopathic traits and life success in males from a community survey. *Journal of interpersonal violence*, 31(9), 1687-1718.
- Tomsich, E. A., Tunstall, A. M., y Gover, A. R. (2016). Couples Counseling and Domestic Violence. *The Encyclopedia of Crime and Punishment*.
- Valor-Segura, I., Expósito, F., & Moya, M. (2008). Atribución del comportamiento del agresor y consejo a la víctima en un caso de violencia doméstica. *Revista de psicología social*, 23(2), 171-180.
- Wassell, B. (1966) *Group Analysis*. Citadel Press, New York. Wilson, M. I., & Daly, M. (1992). Who kills whom in spouse killings? On the exceptional sex ratio of spousal homicides in the United States. *Criminology*, 30(2), 189-216.
- Wasell, B.B. (1956). *Group Analysis*. New York: The Citadel Press.
- Wasell, B.B. (1966). *Group Analysis*. New York: The Citadel Press.
- Yalom. I. D. (1995). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Yalom. I. D. (2000). *Psicoterapia Existencial y Terapia de Grupo*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica S.A.

ANEXO A: CARTA PARA RECLUTAR PARTICIPANTES

Sr. / Sra.

Psicólogo Clínico

Presente.-

De nuestras consideraciones,

Por medio de la presente reciba un saludo muy cordial.

Nos dirigimos a usted con la finalidad de proponerle un trabajo en conjunto, que busca siempre ofrecer diferentes alternativas para lograr el bienestar psicológico de los miembros de nuestra comunidad.

Como parte de un proyecto de investigación, que mi persona lleva a cabo, para obtener el título de psicólogo clínico en la Universidad San Francisco de Quito se ha diseñado un plan de intervención en terapia grupal psicodinámica para perpetradores de violencia doméstica, el cual se desarrollará bajo la dirección de dos internos de psicología y será supervisado por un profesor universitario. Se ha realizado la planificación de un trabajo terapéutico en 24 sesiones grupales que tendrán la duración de 2 horas y media, una vez a la semana. El objetivo del trabajo terapéutico es que el grupo se convierta en un lugar seguro, donde los participantes puedan alcanzar una experiencia transformadora para su vida. Se facilitará la exploración de experiencias vividas en las etapas tempranas del desarrollo, que podrían ser las causantes de una conducta violenta en la vida del adulto. Se buscará fomentar el entendimiento, comprensión y aceptación de los eventos pasados para que cada miembro del grupo descubra alternativas comportamentales en el presente.

Es así que ponemos a la disposición de los pacientes que usted trata de manera individual, la participación en la terapia de grupo como un proceso paralelo que busca contribuir en la salud psicológica de las familias ecuatorianas.

Con mi agradecimiento por la atención que se digne dar a la presente, me despido.

Atentamente,

ANEXO B: FORMULARIOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos
Universidad San Francisco de Quito
El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
The Institutional Review Board of the USFQ

Formulario Consentimiento Informado – Entrevistas de selección de participantes

Título de la investigación *Grupo de terapia psicodinámica para perpetradores de violencia doméstica.*

Organización del investigador *Universidad San Francisco de Quito*

Nombre del investigador principal *Belén Balarezo Fernández*

Datos de localización del investigador principal *2892XXX, 099XXXXXXX, belen.balarezo@hotmail.com*

Co-investigadores *No aplica*

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO
Introducción <i>(Se incluye un ejemplo de texto. Debe tomarse en cuenta que el lenguaje que se utilice en este documento no puede ser subjetivo; debe ser lo más claro, conciso y sencillo posible; deben evitarse términos técnicos y en lo posible se los debe reemplazar con una explicación)</i>
Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no. Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre la terapia de grupo psicodinámica, como un mecanismo de tratamiento psicológico para perpetradores de violencia doméstica porque usted ha sido referido por un profesional de salud mental.
Propósito del estudio <i>(incluir una breve descripción del estudio, incluyendo el número de participantes, evitando términos técnicos e incluyendo solo información que el participante necesita conocer para decidirse a participar o no en el estudio)</i>
El proceso de entrevistas individuales tiene la finalidad de escoger entre 6 a 15 personas que cumplan con los requisitos, para participar en un proceso de terapia grupal psicodinámica dirigido a perpetradores de violencia doméstica.
Descripción de los procedimientos <i>(breve descripción de los pasos a seguir en cada etapa y el tiempo que tomará cada intervención en que participará el sujeto)</i>
Se realizarán cuatro entrevistas individuales con cada candidato donde se recogerán datos demográficos, historia personal, familiar, médica y psiquiátrica de cada participante. Se investigará también sobre las conductas violentas de la persona y la actitud frente a este tipo de comportamiento. Cada entrevista tendrá la duración de 50 minutos con una frecuencia semanal.

Riesgos y beneficios (explicar los riesgos para los participantes en detalle, aunque sean mínimos, incluyendo riesgos físicos, emocionales y/o psicológicos a corto y/o largo plazo, detallando cómo el investigador minimizará estos riesgos; incluir además los beneficios tanto para los participantes como para la sociedad, siendo explícito en cuanto a cómo y cuándo recibirán estos beneficios)	
<p>Durante el proceso de las entrevistas, el participante podría sentir incomodidad sobre alguna pregunta formulada, en este sentido los entrevistadores sabrán respetar la privacidad de la persona. Los entrevistadores cuentan con la preparación necesaria para asistir psicológicamente al participante en caso de requerir asistencia.</p> <p>El mismo proceso de entrevistas proporciona un espacio de reflexión para el participante el cual puede ser beneficioso incluso para las personas que no sean seleccionadas. Los participantes no seleccionados podrán ser referidos a otro tipo de abordaje grupal que puede ser más beneficioso según sus rasgos de personalidad.</p> <p>Las entrevistas buscan seleccionar candidatos que se podrán beneficiar de un tratamiento psicológico para perpetradores de violencia doméstica, lo cual repercute en el bienestar psicológico de los miembros de las familias de quienes tuvieron conductas violentas en el pasado.</p>	
Confidencialidad de los datos (<i>se incluyen algunos ejemplos de texto</i>)	
<p>Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro, el cual solo el investigador y Comité de Bioética de la USFQ tendrán acceso. 2) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones. 3) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuanto a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio. 	
Derechos y opciones del participante (<i>se incluye un ejemplo de texto</i>)	
<p>Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decirselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además, aunque decida participar, puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.</p> <p>Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.</p>	
Información de contacto	
<p>Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio, por favor llame al siguiente teléfono 099XXXXXXX que pertenece a Belén Balarezo Fernández o envíe un correo electrónico a belen.balarezo@hotmail.com</p> <p>Si usted tiene preguntas sobre este formulario, puede contactar al Dr. William F. Waters, Presidente del Comité de Bioética de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec</p>	
Consentimiento informado (<i>Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieran el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito</i>)	
<p>Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.</p>	
Firma del participante	Fecha
Firma del testigo (<i>si aplica</i>)	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	
Firma del investigador	Fecha



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos

Universidad San Francisco de Quito

El Comité de Revisión Institucional de la USFQ

The Institutional Review Board of the USFQ

Formulario Consentimiento Informado - Terapia de Grupo

Título de la investigación *Grupo de terapia psicodinámica para perpetradores de violencia doméstica.*

Organización del investigador *Universidad San Francisco de Quito*

Nombre del investigador principal *Belén Balarezo Fernández*

Datos de localización del investigador principal *2892XXX, 099XXXXXXX, belen.balarezo@hotmail.com*

Co-investigadores *No aplica*

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Introducción *(Se incluye un ejemplo de texto. Debe tomarse en cuenta que el lenguaje que se utilice en este documento no puede ser subjetivo; debe ser lo más claro, conciso y sencillo posible; deben evitarse términos técnicos y en lo posible se los debe reemplazar con una explicación)*

Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no.

Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre la terapia de grupo psicodinámica, como un mecanismo de tratamiento psicológico para perpetradores de violencia doméstica por haber cumplido con los requisitos necesarios de acuerdo a la información proporcionada en el proceso de selección.

Propósito del estudio *(incluir una breve descripción del estudio, incluyendo el número de participantes, evitando términos técnicos e incluyendo solo información que el participante necesita conocer para decidirse a participar o no en el estudio)*

El propósito de la terapia de grupo psicodinámica es proporcionar a los participantes un espacio terapéutico seguro donde ellos puedan explorar las vivencias personales pasadas provocando un trabajo interno que busca, el entendimiento, la aceptación y la re significación de estas vivencias con el objetivo de facilitar un cambio conductual en los individuos.

Descripción de los procedimientos *(breve descripción de los pasos a seguir en cada etapa y el tiempo que tomará cada intervención en que participará el sujeto)*

Se realizarán 24 sesiones de terapia de grupo con una frecuencia de una sesión por semana, las que tendrán la duración de 2 horas y media. Las sesiones estarán lideradas por dos internos de psicología de la Clínica de Salud Mental de la Universidad San Francisco de Quito y serán supervisadas por un profesor de la misma institución. Las sesiones promoverán el diálogo abierto sobre los asuntos personales de cada participante, en ocasiones se propondrán ejercicios terapéuticos que buscan profundizar con las temáticas tratadas.

Riesgos y beneficios (explicar los riesgos para los participantes en detalle, aunque sean mínimos, incluyendo riesgos físicos, emocionales y/o psicológicos a corto y/o largo plazo, detallando cómo el investigador minimizará estos riesgos; incluir además los beneficios tanto para los participantes como para la sociedad, siendo explícito en cuanto a cómo y cuándo recibirán estos beneficios)	
Durante el proceso de la terapia de grupo, los participantes podrían sentir incomodidad sobre el relato expuesto por otros miembros del grupo, en este sentido los líderes del grupo sabrán respetar las reacciones de la persona y propiciarán la misma actitud entre los individuos que conforman el grupo. Los entrevistadores cuentan con la preparación necesaria para asistir psicológicamente al participante en caso de requerir asistencia profesional. Las sesiones grupales constituyen un tratamiento psicológico para perpetradores de violencia doméstica. El trabajo de introspección que se realizará repercute en el bienestar psicológico de perpetrador y de los miembros de las familias de quienes tuvieron conductas violentas en el pasado.	
Confidencialidad de los datos (<i>se incluyen algunos ejemplos de texto</i>)	
Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales: 1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro, el cual solo el investigador y Comité de Bioética de la USFQ tendrán acceso. 2) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones. 3) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuanto a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.	
Derechos y opciones del participante (<i>se incluye un ejemplo de texto</i>)	
Usted puede decidir no participar, y si decide no participar solo debe decirselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además, aunque decida participar, puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento. Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.	
Información de contacto	
Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio, por favor llame al siguiente teléfono 099XXXXXXX que pertenece a Belén Balarezo Fernández o envíe un correo electrónico a belen.balarezo@hotmail.com	
Si usted tiene preguntas sobre este formulario, puede contactar al Dr. William F. Waters, Presidente del Comité de Bioética de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec	
Consentimiento informado (<i>Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieren el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito</i>)	
Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.	
Firma del participante	Fecha
Firma del testigo (<i>si aplica</i>)	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	
Firma del investigador	Fecha

ANEXO C: EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA INICIAL

(by Dr. Richard West, 2015)

Clínica de Salud Mental SIME

Universidad San Francisco de Quito

Nombre del terapeuta:		Fecha:	
------------------------------	--	---------------	--

1. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente:	Género:
Fecha de Nacimiento:	Edad:
Estado Civil:	Ocupación:
Situación Financiera:	Cédula:

2. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD (INICIO, DURACIÓN Y DESARROLLO)

¿Por qué presenta ahora/ precipitantes/ estresores? ¿Cuándo empezó? ¿Duración/frecuencia? ¿Cómo es? Impacto en su vida.

Para enfermedades episódicas describa su primer episodio:

1. Momento en que empezó:
2. Desencadenantes:
3. Duración:
4. Respuesta a la medicación:

3. HISTORIA PSIQUIÁTRICA DEL PACIENTE

Historia psiquiátrica previa/ Terapia/ Violencia:

Medicación/ Tratamiento:

4. HISTORIA PSIQUIÁTRICA DE LA FAMILIA

Diagnóstico Psiquiátrico/ Terapia/ intentos de suicidio:

Uso de Sustancias:

Suicidio:

5. HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE

Enfermedades previas y tratamiento:

Cirugías/ hospitalizaciones:

Traumatismo craneal/Estudio diagnóstico/Imagen:

Medicación:

Uso de alcohol:

Uso de sustancias (cafeína, nicotina, uso de medicaciones con prescripción pertenecientes a otras personas, medicaciones ingeridas sin prescripción):

6. HISTORIA PERSONAL DEL PACIENTE

Lugar de nacimiento:

Infancia: (Estructura familiar, ocupación de sus padres, relación con sus padres, hermanos, amigos, abuso, como consideras tu infancia, disciplina en casa)

Adolescencia (Amigos, relaciones, colegio, actividades, sexo, problemas, relación con sus padres, relaciones amorosas):

Adulthood: (Trabajo, finanzas, educación, relaciones, familia, metas para el futuro, tendencias en funcionamiento)

Religión:

Desempeño académico/ metas

Suicidio: Desesperación/Plan/Acceso	Habla rápida Pensamientos rápidos	Desorganización: habla, conducta	Evitación Agarofobia
Ansiedad Generalizada	Trastorno Obsesivo- Compulsivo	TEPT	Fobia Social
Preocupación excesiva Inquietud/Nerviosismo Fatiga Tensión muscular ↓ Sueño ↓ Concentración	Pensamientos intrusivos/ obsesivos Reconocidos como excesivos/irracionales Conducta repetitiva: lavar/limpiar contar/revisar organizar/rezar	Experimentó/ vio un evento traumático Re-experimentación persistente Sueños/flashbacks Evitación Excitación: ↑ vigilancia/↑ alarma	Situaciones de rendimiento: Miedo a avergonzarse Miedo a la humillación Criticismo
T. de Personalidad Límitrofe	T. de Personalidad Antisocial	Fobias Específicas	T. Dismórfico Corporal
Miedo al abandono/ rechazo Relaciones inestables Vacío crónico ↓ auto-estima Enojo intenso/ arranques Conducta auto-lítica Cambio de estado de humor Impulsividad	Historia Forense: arrestos/ cárcel Agresividad/Violencia Sin empatía/ arrepentimiento Sin preocupación por seguridad: self o otros Trastorno de conducta en la niñez	Altura/mucha gente/animales	Preocupación excesiva de la apariencia de una parte del cuerpo Evitación
Desórdenes Alimenticios			
Binging/ purga/restricción/amenorrea Percepción de imagen corporal/ peso			

9. Impresión/ Formulación BIOPSICOSOCIAL

10. DIAGNÓSTICO MULTIAXIAL

Axis I: Trastorno Psiquiátrico:

Axis II: Personalidad:

Axis III: Condiciones médicas:

Axis IV: Factores Sociales:

GAF actual:

GAF más alto el año anterior:

11. PLAN

Investigaciones:

Recomendaciones:

Firma del Terapeuta: _____

ANEXO D: CATAMNESIS

1.- ¿Durante la terapia grupal pudo usted encontrar la raíz del problema de su conducta violenta?

Si ---- No -----

¿En caso de que la respuesta fue **SI**, por favor indique cual considera usted fue el origen de este tipo de conducta?

¿En caso de que la respuesta fue **NO**, por favor indique que situación pudo haber interferido?

3.- Considera que luego de la terapia grupal, sus reacciones físicas hacia su pareja íntima:

(Señale una sola respuesta:)

- a) Permanecen iguales -
- b) Son más violentas
- c) Son menos violentas
- d) Me cuesta controlarme, pero son menos violentas

4.- Considera que luego de la terapia grupal, sus reacciones físicas hacia sus hijos son:

(Señale una sola respuesta:)

- a) Permanecen iguales -
- b) Son más violentas

- c) Son menos violentas
- d) Me cuesta controlarme, pero son menos violentas

5.- Considera que luego de la terapia grupal mis reacciones emocionales hacia otras personas fuera de hogar:

(Señale una sola respuesta:)

- a) Permanecen iguales
- b) Son igual de intensas
- c) Son menos intensas
- d) Me cuesta controlarme, pero son menos intensas

6.- Considera que el hecho de participar en este grupo de terapia permitió una exploración personal profunda sobre su vida:

Si ---- No -----

7.- Que factores de los enumerados a continuación considera los más importantes durante la terapia de grupo que le permitieron realizar un trabajo psicológico:

Señale dos repuestas que usted considere los más importantes:

- a) Sentir esperanza en el futuro
- b) Sentirse valorado por los miembros del grupo
- c) Saber que otros miembros tiene problemas similares
- d) Sentirse aceptado al proporcionar información íntima

8.- Que factores de los enumerados a continuación considera que impidieron o dificultaron su participación sincera en las sesiones de terapia grupal.

- a) Comentarios o actitudes percibidas por parte de los lideres
- b) Comentarios o actitudes percibidas por parte de los otros miembros del grupo

- c) Sentir que no encaja en el grupo
- d) Sentirse incomodo al proporcionar información íntima

9.- ¿De qué manera se podría mejorar el trabajo terapéutico realizado en las sesiones de grupo?
