UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA
SEDE QUITO

CARRERA:
PSICOLOGÍA

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de:
PSICÓLOGA

TEMA:
APLICACIÓN DEL MODELO DE PSICOTERAPIA BREVE INTENSIVA DE LEOPOLD BELLAK CON MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR QUE ACUDEN AL CENTRO DE EQUIDAD Y JUSTICIA DE CALDERÓN ENTRE MAYO Y AGOSTO DE 2015

AUTORA:
ALEXANDRA ELIZABETH FUERTES LAGOS

TUTORA:
JOHANNA CRISTINA LUZURIAGA MERA

Quito, mayo de 2016

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Yo Alexandra Elizabeth Fuertes Lagos, con documento de identificación N° 1720803624, manifiesto mi voluntad y cedo a la Universidad Politécnica Salesiana la titularidad sobre los derechos patrimoniales en virtud de que soy autora del trabajo de titulación: "Aplicación del modelo de Psicoterapia Breve Intensiva de Leopold Bellak con mujeres en situación de violencia intrafamiliar que acuden al Centro de Equidad y Justicia de Calderón entre mayo y agosto de 2015", mismo que ha sido desarrollado para optar por el título de: Psicóloga, en la Universidad Politécnica Salesiana, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente.

En aplicación a lo determinado en la Ley de Propiedad Intelectual, en mi condición de autora me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia, suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Politécnica Salesiana.

Nombre: Alexandra Elizabeth Fuertes Lagos

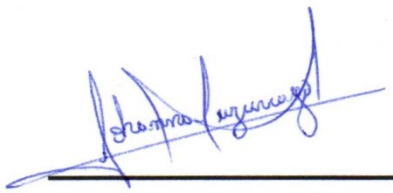
Cédula: 1720803624

Fecha: mayo de 2016

DECLARATORIA DE COAUTORÍA DE LA DOCENTE TUTORA

Yo declaro que bajo mi dirección y asesoría fue desarrollado el trabajo "Aplicación del modelo de psicoterapia breve intensiva de Leopold Bellak con mujeres en situación de violencia intrafamiliar que acuden al Centro de Equidad y Justicia de Calderón entre los meses de mayo y agosto de 2015", realizado por Alexandra Elizabeth Fuertes Lagos, obteniendo un producto que cumple con todos los requisitos estipulados por la Universidad Politécnica Salesiana, para ser considerado como trabajo final de titulación.

Quito, mayo de 2016



Johanna Cristina Luzuriaga Mera

CI: 1717640906

SECRETARÍA GENERAL DE
SEGURIDAD
ALCALDÍA

Oficio: Nº 0016 – DMGS – VIF-G-MI-CEJ-2016.

Quito, 16 de febrero de 2016

Señorita
ALEXANDRA ELIZABETH FUERTES LAGOS
Presente.-

De mi consideración:

En atención al oficio SN, suscrito por Alexandra Fuertes Lagos, con fecha: 03 de febrero del 2016, recibido por la Dirección Metropolitana de Gestión de Servicios de Apoyo a Víctimas de VIF-MI-VG-VS, en el que menciona haber realizado sus prácticas pre profesionales de psicología en el Centro de Equidad y Justicia de Calderón donde ejecuto su proyecto de intervención denominado "APLICACIÓN DE MODELO DE PSICOTERAPIA BREVE INTENSIVA DE LEOPOLD BELLAK CON MUJERES EN SITUACION DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR QUE ACUDEN AL CENTRO DE EQUIDAD Y JUSTICIA DE CALDERÒN ENTRE MAYO Y AGOSTO DEL 2015".

Según este antecedente se procede autorizar que la información inherente al proyecto "APLICACIÓN DE MODELO DE PSICOTERAPIA BREVE INTENSIVA DE LEOPOLD BELLAK CON MUJERES EN SITUACION DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR QUE ACUDEN AL CENTRO DE EQUIDAD Y JUSTICIA DE CALDERÒN ENTRE MAYO Y AGOSTO DEL 2015". Sea utilizada por Usted con fines investigativos.

Por la atención al presente, anticipo mi agradecimiento.

Atentamente,

Ab. Cristina Calderón
Dirección Metropolitana de Gestión de Servicio de Apoyo
A Víctimas de VIF-G-MI y Violencia Sexual (E)
SECREARIA GENERAL DE SEGURIDAD
Y GOBERNABILIDAD

	FUNCIONARIO	SUMILLA
Elaborado por:	Diana Jiménez Área Técnica Atención Integral CEJ, S	
Revisado por:	Cristian Goyes Coordinador Área Técnica	

Índice

Introducción 1

Primera parte 3

1. Datos informativos del proyecto 3
2. Objetivo de la sistematización 4
3. Eje de la sistematización 5
4. Objeto de la sistematización 9
5. Metodología de la sistematización 10
6. Preguntas clave 12
7. Organización y procesamiento de la información 13
8. Análisis de la información 25

Segunda parte 26

1. Justificación 26
2. Caracterización de los beneficiarios 28
3. Interpretación 29
4. Principales logros del aprendizaje 45

Conclusiones y recomendaciones 51

Referencias 57

Índice de tablas

Tabla 1. Clasificación de las usuarias y estado de los procesos..... 13

Tabla 2. Matriz de los criterios de admisión 13

Tabla 3. Matriz de la Entrevista semiestructurada 14

Tabla 4. Proceso psicológico de la usuaria A (33 años) 15

Tabla 5. Proceso psicológico de la usuaria B (21 años)..... 17

Tabla 6. Proceso psicológico de la usuaria C (25 años)..... 19

Tabla 7. Proceso psicológico de la usuaria D (45 años) 21

Tabla 8. Proceso psicológico de la usuaria E (40 años)..... 22

Tabla 9. Proceso psicológico de la usuaria F (34 años) 24

Índice de anexos

Anexo 1. Esquema de las sesiones terapéuticas 60

Anexo 2. Ficha de admisión a la PBI 61

Anexo 3. Esquema de evaluación de las funciones del yo 62

Anexo 4. Entrevista semiestructurada 63

Anexo 5. Modelo de consentimiento informado 64

Anexo 6. Escala de cambio percibido 65

Anexo 7. Síntesis de las valoraciones de las usuarias acerca de la intervención 66

Anexo 8. Gráficas de la EFY antes y después del tratamiento. 67

Resumen

Las mujeres en situación de violencia intrafamiliar son la población que demanda mayor atención psicológica en el Centro de Equidad y Justicia de Calderón. Para responder a esta demanda, se propone aplicar la Psicoterapia Breve Intensiva de Leopold Bellak. Este modelo consiste en 5 sesiones terapéuticas, más una de seguimiento, en las que se procura una comprensión global de la persona; se identifican síntomas principales que son tratados progresivamente y se trabaja en una relación terapéutica positiva. En este proyecto se incluye además sesiones e instrumentos específicos de evaluación y recolección de información. Para validar la utilización de la PBI y colegir pautas de atención a mujeres agredidas en contextos similares, se presenta la secuencia de sesiones, instrumentos aplicados, síntomas principales, áreas y métodos de intervención y resultados en cada proceso psicológico.

Se comprueba que focalizar y planificar la intervención y establecer la alianza terapéutica propician resultados positivos, entre ellos: adherencia de las usuarias a la intervención, cambios favorables en su estado de ánimo, en los vínculos familiares, en la formación de redes de apoyo social y mayor reconocimiento de la violencia. El modelo muestra particular eficacia para atender cuadros depresivos e incrementar el funcionamiento yoico, pero no para generar cambios profundos en la personalidad.

Palabras clave: mujeres, violencia intrafamiliar, Psicoterapia Breve Intensiva, Lepold Bellak.

Abstract

Women in situations of domestic violence are the segment of the population widely demanding psychological care at the Centro de Equidad y Justicia de Calderón. To respond to this requirement, the application of the Intensive Brief Psychotherapy by Leopold Bellak is proposed. This model consists of 5 therapeutic sessions, plus a follow-up appointment, in which an entire understanding of the person is sought; main symptoms are identified and progressively treated in a positive therapeutic relationship. This project includes specific sessions and tools for assessment and data collection. To validate the use of the Intensive Brief Psychotherapy, and deducing care guidelines for abused women in similar contexts, a sequence of sessions, used instruments, main symptoms, areas and methods of intervention and psychological results in each process are presented.

It is ascertained that focusing and planning the intervention, as well as establishing a therapeutic alliance, propitiate positive results, including: adherence of the beneficiaries to the intervention, positive changes in their mood and family ties, formation of social support networks and deeper awareness of violent situations. The model shows up particularly efficacy to attend depressive states and to increase ego functioning, however not to produce profound personality changes.

Keywords: women, domestic violence, Intensive Brief Psychotherapy, Leopold Bellak.

Introducción

La violencia intrafamiliar es un fenómeno de alto impacto social. El malestar generado al interior de los hogares afecta a cada uno de sus miembros que, a su vez, son miembros de un conjunto social más grande, desde y hacia donde la violencia se transmite. El incipiente reconocimiento de esta problemática como tema de salud pública, ha llevado a que se instauren en la ciudad centros de atención a víctimas de violencia, en los que son más frecuentes los casos de violencia intrafamiliar denunciados por mujeres. A pesar de ello, la conceptualización sobre violencia intrafamiliar y la elaboración metodológica para su abordaje, son todavía limitadas en la práctica local.

El Centro de Equidad y Justicia de Calderón, entidad donde se realizaron las prácticas pre-profesionales, cuenta con guías metodológicas para las áreas que lo componen. Describen, por ejemplo, los objetivos que se persiguen, las problemáticas que se tratan, la población a la que se atiende; pero no explican en detalle cómo se atiende a esa población. Por ello, se propuso un proyecto de intervención que iniciara el desarrollo de protocolos de atención psicológica a la población y problemática más frecuentes en este CEJ: mujeres en situación de violencia intrafamiliar.

Considerando el volumen representativo de responsabilidades institucionales, en particular de atenciones psicológicas, que realiza un solo profesional en esta área, se propuso la aplicación de un modelo de psicoterapia breve que ofreciera el tratamiento eficaz de una variedad de casos en períodos más cortos: la Psicoterapia Breve Intensiva de Leopold Bellak (2000).

La psicoterapia breve, intensiva y de urgencias fue desarrollada a lo largo de varias décadas de experiencia por Leopold Bellak (Bellak & Small, 1980), como respuesta a la alta demanda de atención psicológica en los servicios comunitarios de salud mental. La propuesta del autor es ofrecer atención psicológica efectiva al mayor número posible de personas en un tiempo breve y que la Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia se constituya en un modelo de primera elección para la prevención primaria, secundaria o terciaria. Para lograr la atención de casi cualquier persona que requiera intervención psicológica, Bellak (2000, pág. 5) sugiere hacer una terapia orientada al insight, a la modificación de la conducta, una terapia de apoyo o de educación según el caso. Para la aplicación del modelo, en este proyecto se hizo énfasis en los componentes breve, intensivo y psicodinámico del modelo. Por ello, se incorporaron instrumentos que permitieran predecir y seleccionar a las mujeres a quienes podría beneficiar una psicoterapia de corta duración dirigida al insight y al síntoma.

Este documento recoge la experiencia de atención psicológica a mujeres en situación de violencia intrafamiliar mediante la PBI de Bellak en el CEJ de Calderón y consta de dos partes: la primera contiene los datos informativos del proyecto, el plan de la sistematización y las matrices de información sobre las usuarias atendidas (instrumentos aplicados y procesos psicológicos). La segunda parte describe la justificación y beneficiarias de la intervención, el proceso de interpretación y aprendizaje, las conclusiones y recomendaciones. Se espera que este contenido sirva como aporte a la investigación de modelos de intervención que beneficien a mujeres en contextos similares.

Primera parte

1. Datos informativos del proyecto

a) Nombre del proyecto.

Aplicación del modelo de psicoterapia breve intensiva de Leopold Bellak con mujeres en situación de violencia intrafamiliar que acuden al Centro de Equidad y Justicia de Calderón entre los meses de mayo y agosto de 2015.

b) Nombre de la institución.

Centro de Equidad y Justicia de Calderón. (CEJ-Calcerón).

c) Tema que aborda la experiencia (categoría psicosocial).

a. Mujeres en situación de violencia intrafamiliar: Población que demanda mayor atención psicológica en el CEJ y refieren vivir violencia dentro de sus hogares, ejercida principalmente por la pareja.
b. Psicoterapia breve, intensiva: Dispositivo que se empleará para atender a la población estudiada de manera individual, en un corto plazo y con una orientación dirigida-al-síntoma.

d) Localización.

El CEJ de Calderón se ubica a una cuadra del Hospital Docente y de la U.V.C. de esta parroquia, al Noreste del Distrito Metropolitano de Quito.

2. Objetivo de la sistematización

El primer objetivo de este trabajo es transmitir la experiencia de atención psicológica a mujeres en situación de violencia intrafamiliar obtenida mediante el dispositivo de Psicoterapia Breve Intensiva.

El segundo objetivo es determinar si la Psicoterapia Breve, Intensiva de Leopold Bellak (2000) es un modelo válido para la atención psicológica de mujeres en situación de violencia que acuden al Centro de Equidad y Justicia de Calderón. Para la validación del modelo, se relacionarán los resultados de las intervenciones con los rasgos psicosociales de la población atendida y los elementos del modelo que fueron aplicados.

Como derivado de este proceso de análisis e interpretación se espera identificar lineamientos para la atención psicológica de mujeres en situación de violencia en contextos similares.

3. Eje de la sistematización

El eje de la sistematización es el Modelo de Psicoterapia Breve, Intensiva, desarrollado por L. Bellak (2000). Este modelo tiene orientación psicoanalítica e incorpora además elementos de otros enfoques (cognoscitivo, sistémico), para procurar una comprensión amplia de la persona atendida. Esta comprensión abarca aspectos como: la continuidad entre infancia y adultez, entre lo consciente e inconsciente; las condiciones actuales de vida (socioeconómicas, familiares, biológicas); lo que se ha aprendido de manera deficiente, entre otros. El autor considera que no hay necesidad de "seleccionar en forma especial a los pacientes para la psicoterapia breve" porque esto "deja a muchos a un lado" (Bellak, 2000, pág. 8). Lo que se seleccionan son los síntomas que causan mayor malestar en el paciente y se trabaja sobre ellos de manera enfocada y planificada.

De los elementos descritos por el autor en su manual, los que se ha tomado en cuenta para la aplicación de este modelo, son los siguientes:

- Cinco sesiones de 50 minutos, una vez por semana, más una sesión de seguimiento, después de un mes. Se trata de un proceso corto, sin embargo, la duración y frecuencia de las sesiones varía en función de los objetivos terapéuticos.

- Anamnesis y valoración psicodinámica. Sus componentes principales son: Síntoma principal y su historia, síntomas secundarios, historia personal y familiar, formulación dinámica, es decir, la interacción de componentes de los que resultan la personalidad y sus rasgos patológicos (Bellak, 2000, págs. 17-20).

- Evaluación de las funciones del yo. Consiste en una valoración sistemática de patrones de organización de contenidos y procesos mentales. “La EFY puede conceptuarse como un examen del estado mental” (Bellak & Goldsmith, 1993, pág. 12), que permite identificar las áreas con mayor funcionamiento, sobre las que se puede apuntalar la terapia.

- Factores de la relación terapéutica. Uno de los elementos más importantes a desarrollar es la alianza terapéutica, “la colaboración mutua del terapeuta y el cliente (o clientes) en cuanto a compartir las metas y las tareas de la terapia… [colaboración que] tiene un fuerte componente emocional” (Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2009, pág. 49). Se describirá la presencia o no de este factor en los procesos realizados, y su relación con los resultados terapéuticos.

- Plan para las áreas y métodos de intervención. Este acápite hace referencia a las técnicas psicoterapéuticas que se usan, particularmente para dar el carácter *intensivo* al proceso, y a los factores específicos de la psicoterapia en cada persona atendida. Se incluye aquí una síntesis de áreas y métodos de intervención:

a. Métodos

i. Interpretación. Consiste en hacer accesible al paciente el sentido latente de su comportamiento (Laplanche & Pontalis, 1996, pág. 201).

ii. Catarsis mediata o indirecta. Consiste en proponer al paciente contenidos con carga emocional que difícilmente podría tolerar, por lo que el terapeuta toma responsabilidad sobre ellos (Bellak, 2000, pág. 37).

iii. Prueba auxiliar de la realidad. Permite al paciente clarificar distorsiones en sus percepciones y representaciones.

iv. Sensibilización a las señales. Promover el reconocimiento de que algunas conductas (generalmente indeseables) se producen bajo determinadas condiciones (por lo tanto, podrían evitarse).

v. Apoyo. Hacer afirmaciones que disminuyan o hagan más manejable la ansiedad en algunos momentos del proceso.

vi. Sesiones conjuntas. Se emplean en función de la meta de la terapia, para cubrir otros elementos de las condiciones por las que consulta el paciente.

b. Factores específicos en la terapia de trastornos psiquiátricos como paradigma (Áreas de intervención).

i. PBI de la depresión: incluye la exploración y tratamiento de:

1. Problemas con la regulación de autoestima.
2. Superyó severo.
3. (Intra) agresión.
4. Sentimientos de pérdida (de amor, de posesiones, y otros).
5. Sentimientos de desilusión.
6. Dependencia de nutrimentos narcisistas externos.
7. Relaciones objetales.

ii. PBI del acting out: Laplanche y Pontalis (1996, págs. 5-6) definen el acting out como las "acciones que presentan casi siempre un carácter impulsivo… que adoptan a menudo una forma auto o heteroagresiva... [y que indican] la señal de la emergencia de lo reprimido". Los factores terapéuticos que se emplean aquí, son:

    1. Convenio para un aplazamiento.
    2. Hacer una interpretación "catártica".
    3. Fortalecer al superyó.

iii. PBI de la enfermedad física o cirugía

    1. Explorar el concepto del paciente acerca de la enfermedad
    2. Explorar el significado personal y el papel de la enfermedad.
    3. Educación al paciente

iv. PBI de los sucesos catastróficos en la vida: Se intervendrá mediante:

    1. Alivio inicial a través de la catarsis.
    2. Explorar el significado específico del suceso.
    3. Exploración de la "responsabilidad" y culpa.
    4. Facilitar el proceso de duelo.

c. **Utilización de técnicas aperceptivas**. Se emplean instrumentos proyectivos para facilitar la comunicación del paciente. Estos instrumentos tienen aquí valor terapéutico más que diagnóstico. Entre ellos están: el dibujo libre, el empleo de los sueños, el *Test de Apercepción Temática*.

A partir de estos elementos, se ha elaborado un esquema de las sesiones psicoterapéuticas (Anexo 1), como guía para la aplicación del modelo.

4. Objeto de la sistematización

El objeto de la sistematización consiste en el marco metodológico desarrollado en la aplicación del proyecto y las mujeres en situación de violencia intrafamiliar:

4.1 Marco metodológico. Corresponde a la secuencia de sesiones y los instrumentos implementados para la aplicación del Modelo de Psicoterapia Breve, Intensiva en el CEJ de Calderón. A partir de la sistematización se pretende identificar los elementos aplicables y no aplicables del modelo en la población estudiada.

4.2 Mujeres en situación de violencia intrafamiliar, entre 18 y 45 años, que demandan atención psicológica en el CEJ de Calderón, atendidas bajo el modelo de Psicoterapia Breve, Intensiva, de L. Bellak (2000). Se analizarán los principales rasgos psicosociales que presentan a lo largo de la intervención.

Estos componentes se integran en la sistematización de los procesos psicológicos de las usuarias atendidas bajo el modelo de PBI, entre octubre de 2015 y enero de 2016[1], que incluyen: Contenidos registrados en los instrumentos desarrollados para la aplicación del Modelo de PBI, problemas y/o síntomas identificados, áreas, métodos y resultados de las intervenciones.

[1]El proyecto de intervención fue propuesto para los meses de mayo a agosto de 2015; durante ese período, se aplicó el modelo de PBI con mujeres de 18 a 45 años de edad en situación de VIF, sin realizar un proceso representativo de selección (siguiendo las recomendaciones de Bellak). A partir de septiembre de 2015 se desarrollaron e incorporaron instrumentos para la evaluación y admisión de las usuarias atendiendo a las necesidades de unificar a la población estudiada y de contar con herramientas que aporten mayor estructura a la intervención, así como mayor adherencia de las usuarias a la psicoterapia. La presente sistematización comprende este segundo período de atenciones psicológicas con el modelo propuesto.

5. Metodología de la sistematización

La sistematización de la experiencia se realizará a través del vaciado en matrices de la información obtenida por los instrumentos aplicados en el proyecto. Esta organización permitirá una lectura transversal y longitudinal de los procesos realizados que dará paso a la interpretación de los mismos. A continuación se describen las herramientas, que aportan a la obtención y manejo de la información.

5.1 Manual de Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia (Bellak, 2000)**.** Se trata de una guía que describe el manejo terapéutico, a través de la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia, de algunos trastornos que presentan las personas al momento de demandar atención psicológica en clínicas de externado. Además de emplearse para la aplicación del modelo, el manual se utilizará para organizar el contenido de los procesos psicológicos, la identificación de síntomas principales, y la descripción de las áreas y métodos de intervención.

5.2 Ficha de admisión (Anexo 2). Consiste en una hoja que contiene los criterios que deben cumplir las usuarias para acceder a la Psicoterapia Breve Intensiva en el Centro de Equidad y Justicia de Calderón. Aquí se registran las variables que permiten la unificación de la población atendida, y facilitan la decisión del modelo y espacio de atención que recibirá la usuaria (PBI, remisión a Centro de Salud, psicoterapia grupal, familiar, y otros).

5.3 Esquema para la evaluación de las funciones del yo (Anexo 3). Se trata de un cuestionario, basado en los aportes de L. Bellak y otras investigaciones (Bellak & Goldsmith, 1993), que evalúa las 12 funciones del yo y sus componentes,

antes y después de la intervención psicológica. Esta herramienta aporta un nivel más de valoración de las personas atendidas.

5.4 Entrevista semiestructurada (Anexo 4). Es una herramienta que permite la compilación de datos sobre las condiciones de vida de las usuarias, particularmente en relación a la familia y a la situación de violencia.

5.5 Protocolo de registro de los procesos psicológicos. Es una hoja donde se hace constar la evolución del proceso terapéutico: cantidad y contenido de las sesiones, principales síntomas reportados y tratados, actividades realizadas, y otros.

5.6 Fichas de evaluación y cambio percibido (Anexo 6). Son instrumentos donde las usuarias registran su valoración de la atención recibida y de los resultados del tratamiento.

5.7 Matrices: De usuarias atendidas y remitidas, de criterios de admisión y exclusión de la PBI, de la entrevista semiestructurada, de los procesos psicológicos.

6. Preguntas clave

a) Preguntas de inicio: ¿Cuál es la principal población y problemática con que trabaja el CEJ de Calderón? ¿Existe un modelo de atención psicológica para la atención de usuarios/as en el área de psicología del CEJ de Calderón? ¿Es posible incorporar un modelo de psicoterapia breve para la atención de usuarios/as del área de psicología de este CEJ?

b) Preguntas interpretativas: ¿Qué personas pueden ser admitidas a un proceso de psicoterapia breve intensiva? ¿Qué elementos están asociados a una mayor adherencia a un proceso psicoterapéutico? ¿Existen rasgos comunes entre las mujeres en situación de violencia atendidas en el marco de este proyecto? ¿Cuáles son los principales síntomas que presentan las usuarias en situación de VIF, que demandan atención en el CEJ? ¿Cuáles son las técnicas terapéuticas más relevantes dentro de los procesos psicológicos? ¿Qué tipo de relación se establece entre usuarias y terapeuta?

c) Preguntas de cierre: ¿Qué alcances y limitaciones tiene el modelo de psicoterapia propuesto? ¿Cuáles son los resultados de la intervención mediante el modelo de Bellak? ¿Qué factores contribuyen a esos resultados? ¿Es aplicable el modelo de PBI al contexto del CEJ de Calderón?

7. Organización y procesamiento de la información

La información contenida en los instrumentos aplicados (Anexos 2, 3 y 4) se condensa en las siguientes matrices. Se clasifica a las mujeres de acuerdo a los procedimientos que se realizó con ellas y se sintetizan sus procesos terapéuticos.

Tabla 1

Clasificación de las usuarias y estado de los procesos

Usuarias		**Criterio exclusión**	**Proceso**	**Total sesiones**
Admitidas (73%)	A	-	PBI completa	**8**
	B	-	PBI completa	**7**
	C	-	PBI completa	**7**
	D	-	PBI completa	**6**
	E	-	PBI completa	**8**
	F	-	PBI -Sin seguimiento	**6**
	G	-	PBI - Deserción	**1**
	H	-	PBI - Deserción	**1**
Remitidas (27%)	I	Edad	Remisión ps. grupal	**1**
	J	Edad	Remisión ps. individual	**1**
	K	No motivación	Remisión ps. familiar	**2**[2]

Nota: Elaborado por A. Fuertes, 2016.

Tabla 2

Matriz de los criterios de admisión

Usuaria	Edad	Procedencia		Motivación	Capacidad de focalización	Estresores recientes	Apoyo social percibido			Abuso de sustancias	Trastornos neuropsiq.	Funcionamiento del yo				Admitida
		Enviada / autoridad	Volunt.				Nada	Algo	Mucho			Psicótico	Limítrofe	Neurótico	Normal	
A	33	x		SI	SI	SI		x		NO	NO			x		SI
B	21	x		SI	SI	SI			x	NO	NO			x		SI
C	25		x	SI	SI	SI		x		NO	NO			x		SI
D	45	x		SI	SI	SI	x			NO	NO			x		SI
E	40		x	SI	SI	SI			x	NO	NO			x		SI
F	34	x		SI	SI	SI		x		NO	NO			x		SI
G	38		x	SI	SI	SI			x	NO	NO			x		SI
H	37		x	NO	SI	SI		x		NO	NO			x		SI
I	55	x		NO	SI	SI	x			NO	NO			x		NO
J	47	x		SI	SI	SI	x			NO	NO			x		NO
K	38	x		NO	NO	SI			x	NO	NO				x	NO

Nota: Tomado de Ficha de admisión a la PBI aplicada a las usuarias por A. Fuertes, 2016.

[2]Se emplearon 2 sesiones "previas" debido a la expansividad y necesidad de descarga emocional de la Usuaria K.

Tabla 3

Matriz de la Entrevista semiestructurada

Usuaria	Estado civil					Edad al iniciar		Ocupación				Nivel socioeconómico			Agresor					Tipo de Violencia				Frecuencia agresiones				Anteriores agresiones			Previa interv. psicológica		Actividades Tiempo libre		
	Soltera	Casada	Unión libre	Divorciada	Separada	Noviazgo	Convivencia	Limpieza	Costura	Ama de casa	Otra	Bajo	Medio	Alto	Pareja	Familiar	Otro	Edad	Ocupación	Física	Psicológica.	Económica.	Sexual	Diaria	Semanal	Mensual	Otra	Adultez	Infancia	No	Si	No	Diario	Semanal	No
A		x			x	15	19	x					x		x			35	Chofer	x							x			x		x	x		
B		x			x	13	15		x				x		x			23	Albañil	x							x		x			x		x	
C		x			x	17	21	x				x			x			36	Chofer	x							x		x			x	x		
D		x				20	20	x					x		x			45	Limpieza	x	x						x			x	x		x		
E		x				20	20		x				x		x			41	-		x					x				x	x		x		
F	x					14	15	x					x		x			29	Chofer	x	x		x		x					x		x	x		
G		x			x	14	15			x			x		x			40	Panificador	x	x			x				x	x			x	x		
H		x				26	26	x				x			x			40	Chofer	x	x			x					x			x			
I		x				14	14				x		x		x			58	Chofer	x	x	x			x					x	x				x
J		x				17	17	x					x		x			48	Albañil	x	x	x	x		x			x	x			x	x		
K				x		18	19				x		x		x			39	Informático		x	x		x						x	x			x	

Nota: tomado de Entrevista semiestructurada aplicada a las usuarias por A. Fuertes, 2016.

Tabla 4

Proceso psicológico de la usuaria A (33 años)

Sesión	Problemas/síntomas	Áreas de intervención	Métodos de intervención	Resultados de la intervención
Previa	VIF, inestabilidad emocional	Funciones del yo	Evaluación de las Funciones del yo. Entrevista semiestructurada. Catarsis.	Admisión a la PBI; desinhibición emocional
1	Duelo por separación Agresividad Rechazo a la hija	(Intra) agresión: Comprensión del objeto primario y actual de la agresión	Interpretación: Experimentó el nacimiento de la hija como una atadura a su pareja, a quien despreció en algunos momentos de la relación	Diferenciación inicial entre la representación de la pareja y de la hija.
2	Ansiedad, irritabilidad, malestar físico (sobre todo durante la convivencia). Sobreprotección de los padres	Duelo (Intervención mínima en tanto se desarrolla por sí mismo)	Intelectualización: se explica a la usuaria que algunos de sus síntomas son usuales en mujeres que han vivido una prolongada relación de violencia; y otros son característicos de un proceso de duelo (por separación de la pareja)	Se establece la alianza terapéutica
3	Conflicto en la relación con la hija. Ausencia paterna y agresión por parte de la hermana en su adolescencia	(Intra) agresión. Acting out (Impulso de agresión hacia la hija)	Interpretación catártica: se identifican rasgos comunes entre el comportamiento de la hija (15 años) y de la usuaria cuando tenía esa edad, y entre la disciplina que recibió la usuaria y la que pretende imponer a su hija	Insight: Temor de que su hija "haga lo mismo que ella" (iniciar una vida sexual temprana, consumir alcohol, mentir), y sobre la libertad que encontró a esa edad en su pareja (fuera del hogar).
4	Sentimiento de humillación; Sentimiento de pérdida (matrimonio y familia)	Duelo (Se explora: Reacción a la pérdida; Significado de la relación)	Catarsis y apoyo: se favoreció la expresión de emociones ligadas a la relación de pareja y a la autoimagen	Se fortaleció la confianza de la usuaria, en especial, su rol de madre y esposa; sin embargo, parece no concebir la imagen de familia sin la presencia de un padre.

5	Rivalidad madre-hija Sobreprotección de los abuelos y la usuaria hacia la hija	Relación madre-hija Acting out (Impulso de agresión hacia la hija)	Sesión conjunta con la hija. Represión del impulso: se alientan actitudes en la usuaria que favorecen la relación con la hija, y se desalientan conductas de sobrecontrol	Las usuarias proponen acuerdos de convivencia (Horarios, tareas, permisos). Comunicación más fluida entre ellas. Disminución de actitudes controladoras de la madre; moderado cambio en la hija.
6	Sentimiento de vacío que no llena la presencia de los hijos. Malestar por dedicar más tiempo que el padre al cuidado de los hijos	Narcisismo	Interpretación: la falta que experimenta la usuaria no es específicamente del esposo, sino la necesidad de una pareja que estimule o valide su condición de mujer. Prueba auxiliar de realidad: se propone identificar los recursos con que cuenta para la crianza de los hijos.	La usuaria identifica los recursos para disminuir la carga que experimenta por la crianza de los hijos (Ceder más responsabilidad al padre, aprovechar el apoyo familiar, dedicar tiempo a actividades individuales).
Segto.	Culpabilidad por iniciar una nueva relación de pareja. Continúa el proceso de duelo por separación de la pareja	Superyó severo	Catarsis mediata: Se ponen de relieve los elementos placenteros de la nueva relación de pareja, en contraste con la preocupación por la eventual desaprobación (padres, esposo, hijos)	Insight sobre el modelo de familia al que aspiraba la usuaria (basado en la crianza); disminución del sentimiento de culpa
	Al finalizar el proceso la usuaria expresa notable mejoría en la relación con su hija y en su estado de ánimo. En lo que atañe a la relación de pareja, se han agudizado pensamientos sobre la posibilidad de regresar, las infidelidades del esposo; y el sentimiento de culpa por algunos eventos de agresión.			

Nota: Elaborado por A. Fuertes, 2016.

Tabla 5

Proceso psicológico de la usuaria B (21 años)

Sesión	Problemas/ síntomas	Áreas de intervención	Métodos de intervención	Resultados de la intervención
Prev.	VIF	Funciones del yo	Evaluación de las Funciones del yo. Entrevista semiestructurada	Admisión a la PBI
1	Comunicación limitada	Funciones del yo: Procesos cognitivos; competencia y dominio	Exploración de momentos significativos de la historia vital.	Identificación de la temática sobre la que se trabajará en el proceso (dudas sobre la maternidad)
2	Relaciones familiares, maternidad en adolescencia	Relaciones objetales. Funciones del yo: competencia y dominio	Explorar el significado personal del ejercicio de la maternidad	Empoderamiento sobre su rol de madre (que parece estar subordinado al de hija)
3	VIF	Relaciones objetales	Catarsis mediata (ante la aparente indiferencia hacia los hechos de agresión y separación del esposo); Consignas para desarrollar la alianza terapéutica	Expresa tranquilidad después de la separación (No coincide con el comentario terapéutico). No hay manifestaciones de que se haya establecido la alianza terapéutica
4	Relaciones familiares, Violencia en la pareja	Relaciones objetales Funciones del yo: competencia y dominio	Empleo de 3 láminas del TAT, para explorar las temáticas: 2: Yo ideal, trabajo. 6NM y7NM: Relaciones familiares y sexualidad). Esclarecimiento (Decisión de divorcio)	Proyección de algunos contenidos conflictivos de la historia vital: embarazo adolescente, agresión dentro de la pareja y dinámica de las relaciones familiares. Confirmación de la usuaria de su decisión de divorciarse.
5	VIF	Funciones del yo: dominio-competencia	Establecimiento de un plan de vida; sensibilización a las señales	La usuaria establece un plan de vida a mediano plazo. Identifica elementos para evitar nuevas agresiones.

Segto.	Pérdida de empleo	Funciones del yo: dominio-competencia	Esclarecimiento (Posibilidades ante el problema)	Identifica fuentes económicas actuales y próximas. Mantiene firmes sus decisiones (Divorcio, a la educación de su hija, a su estilo de vida), a pesar de ocasionales críticas e injerencias de personas del entorno.
	Al finalizar el proceso la usuaria expresa mayor seguridad en el ejercicio de la maternidad (por el que ha sido juzgada desde la adolescencia); muestra empoderamiento de sus decisiones (tomando en cuenta que fue remitida por una abogada al área de psicología al expresar su deseo de divorciarse). Expresa mayor participación verbal en relación al inicio del proceso, que se ha replicado (en un nivel bajo) en algunos espacios del entorno familiar.			

Nota: Elaborado por A. Fuertes, 2016.

Tabla 6

Proceso psicológico de la usuaria C (25 años)

Sesión	Problemas/síntomas	Áreas de intervención	Métodos de intervención	Resultados de la intervención
Previa	VIF; irritabilidad, ánimo bajo, anhedonia y falta de energía, agresividad hacia la hija	Funciones del yo. Agresión. Visión de túnel.	Evaluación de las Funciones del yo. Entrevista semiestructurada. Intelectualización: se explica a la usuaria que algunos de sus síntomas son usuales en mujeres que han vivido una prolongada relación de violencia; y otros son característicos de un proceso de duelo (por separación de la pareja)	Admisión a la PBI Insight: está repitiendo, en contra de su hija, la violencia que vivió con el esposo. Indica que quiere ofrecerle una mejor vida a su hija
1	Sentimiento de minusvalía y desilusión. Autoimagen disminuida, llanto fácil.	Autoimagen	Catarsis. Exploración de los denominadores comunes entre los síntomas actuales y sentimientos anteriores de "vergüenza" (historia vital)	Alivio inicial de la tensión; inicio del establecimiento de la alianza terapéutica
2	Sentimiento de desilusión; Falta de confianza por parte de la hija	Relaciones objetales. Relación con la hija	Interpretación: La dificultad en establecer cercanía y confianza con la hija quizás se deba, en parte, a la proyección de sus propias vivencias y necesidades (de cuando era niña) sobre la situación real de su hija. Interpretación: el apego hacia su pareja se generó a partir de la aceptación que él le mostró "a pesar de que ella fuera huérfana"	Insight: Reconoce en su ex pareja un sustituto de la figura paterna que no tuvo. Insight sobre las necesidades de su hija (quien pasa tiempo sola) y lo que puede ofrecerle como madre.
3	Sentimiento de culpa	Superyó severo Autoimagen	Utilización de sueños recientes. Exploración de la "responsabilidad" y culpa (por los hechos recientes de agresión y denuncia)	Se afirma la alianza terapéutica. Alivio de la tensión causada por "temor al qué dirán", expresa aumento de confianza en sí misma.

4	Sentimiento de inadecuación en la relación con la hija	Relación con la hija Competencias maternales	Técnicas de interacción guiada[3]: se propuso a la madre y a su hija jugar libremente en la sala infantil; luego de unos minutos se les pidió hablar sobre esta experiencia (sentimientos, relación con la cotidianidad, qué harían diferente, etc.)	Madre: Conducta inhibida. Hija: Acercamiento libre hacia los juguetes. Retroalimentación sobre interacciones positivas y negativas.
5	VIF	Funciones del yo: Dominio-competencia. Relaciones objetales	Comentarios de apoyo. Señalamientos sobre rasgos de indiferenciación entre su infancia y la de su hija	Expresa enfáticamente la confianza que ahora experimenta sobre sus capacidades y las posibilidades de bienestar junto a su hija. Identifica signos de agresividad en su ex pareja(por los que puede reconocer que no ha cambiado); y recursos de autoprotección
Segto.	Acoso por parte del ex conviviente	Relación de pareja. Funciones del yo: Dominio-competencia	Catarsis y esclarecimiento	Descarga emocional; identificación de recursos de autoprotección; identificación de conductas en la usuaria que le dificultan la separación del esposo
	Se evalúan recursos de autoprotección y alternativas para enfrentar la posibilidad de acoso por parte del ex conviviente. Se favorece el vínculo con la hija. Se cierra el proceso[4] con mejoría de los síntomas (irritabilidad, ánimo bajo, autoimagen disminuida), aunque los conflictos actuales (separación y ciclo de violencia) y de la infancia (sentimientos de abandono, inseguridad), están en un proceso inicial de elaboración.			

Nota: Elaborado por A. Fuertes, 2016.

[3] La Terapia de Interacción Guiada está indicada en el caso de cuidadores primarios depresivos, con elevada ansiedad respecto a su nivel de competencia parental, y otros. Consiste en sesiones de algunos minutos de juego libre (grabado en video) entre el o la cuidadora y el niño(a), intercaladas con sesiones de retroalimentación orientada a fortalecer las aptitudes parentales y a mejorar el vínculo entre ellos (Suárez, Muñoz, Gómez y Santelices, 2009).

[4]En la última sesión regular se constató la disminución de los síntomas, sin embargo, el cierre se realizó antes de lo programado debido a que la autoridad judicial designó otro organismo de atención psicológica para la usuaria, en el contexto de la demanda que presentó contra el padre de su hija.

Tabla 7

Proceso psicológico de la usuaria D (45 años)

Sesión	Problemas/síntomas	Áreas de intervención	Métodos de intervención	Resultados de la intervención
Previa	VIF, aprehensión	Funciones del yo	Evaluación de las Funciones del yo. Entrevista semiestructurada	Admisión a la PBI
1	VIF	Relaciones objetales	Empleo de sueños para explorar la dinámica psíquica	Verbalizaciones que señalan una transferencia negativa al final de la sesión. Confirmación de la situación actual: menor apego al marido; principal interés en la formación de la última hija
2	Conflictos de pareja VIF	Relaciones objetales	Interpretación de la transferencia. Reflejo de emoción; educación (se citan argumentos en contra de la violencia).	Identificación de rasgos negativos del esposo proyectados sobre la estudiante. Reconocimiento de la disminución de estos rasgos negativos en el esposo desde la denuncia. Reafirmación de su autonomía e independencia respecto del esposo.
3	Enfermedad física, ansiedad	Conceptos/temores específicos acerca de la muerte	Explorar el concepto de la usuaria acerca de la enfermedad; psicoeducación	Expresa temor a dejar sola a su hija. La usuaria solicita y recibe mayor información médica sobre su dolencia; la ansiedad se hace más manejable
4	Crisis normativas	Relaciones familiares	Reflejo de emoción; comentarios de apoyo	La usuaria reseña el proceso y expresa bienestar y relativa estabilidad familiar (presencia de cambios normativos ante los que muestra adecuado afrontamiento)
Segto.	Crisis normativas		Planteamiento de un plan de vida	Plan de vida a mediano plazo en el plano económico y familiar
	Finalizado el proceso, la usuaria expresa mayor seguridad en sí misma, mejor comunicación con el esposo y las hijas, a quienes pretende transmitir que no se dejen maltratar. Ausencia de ansiedad (por temor a reincidencias de agresión o por su condición médica).			

Nota: Elaborado por A. Fuertes, 2016.

Tabla 8

Proceso psicológico de la usuaria E (40 años)

Sesión	Problemas/síntomas	Áreas de intervención	Métodos de intervención	Resultados de la intervención
Previa	VIF; llanto fácil, ideación suicida, ánimo bajo y falta de energía, autoimagen disminuida	Problemas con la regulación de autoestima. Superyó severo. Funciones del yo	Catarsis. Intelectualización (para explicar su dificultad para salir de la relación conflictiva con su esposo). Evaluación de las Funciones del yo. Entrevista semiestructurada	Admisión a la PBI Disminución de la ansiedad por sentirse "incapaz" de enfrentar su situación actual. Establecimiento de la alianza terapéutica
1	VIF; irritabilidad	Funciones del yo: prueba de realidad. Relación de pareja	Esclarecimiento; prueba auxiliar de realidad (para distinguir algunos rasgos distorsionados sobre su relación)	Se identifica la irritabilidad como elemento de la relación con el marido, y no presente en otras áreas (Hijos, trabajo)
2	VIF; Sentimiento de minusvalía, superyó severo	Relación de pareja, Autoimagen	Exploración de la "responsabilidad" y culpa; cuestionamiento de las ideas preconcebidas sobre el matrimonio y roles de género	Movilización de estas ideas y disminución de la culpa por la incipiente separación conyugal
3	VIF	Funciones del yo: Competencia-dominio. Relaciones de pareja	A partir de esta sesión se limitó el tiempo de la sesión a 45' máx. Técnica de producción gráfica	Disminución de las verbalizaciones pesimistas en el espacio terapéutico y mejor estado de ánimo al terminar la sesión. Disminución de culpa por la separación conyugal. Verbalización de los recursos individuales y familiares por los que considera que sí puede separarse.
4	VIF	Relaciones objetales, relación de pareja	Interpretación catártica; prueba auxiliar de realidad (para distinguir algunos rasgos distorsionados sobre su pareja)	Reconocimiento de incongruencias en percepción de la personalidad del marido ("tiene buen carácter" > "cuando no le reclamo sus infidelidades")
5	Ansiedad por el cierre	Relaciones objetales,	Comentarios de apoyo sobre la	No identifica espacios que le den seguridad en lo

	del proceso (teme por no poder separarse si deja de venir a terapia)	duelo, transferencia	progresiva separación conyugal y recuperación emocional que ha generado la usuaria por su cuenta	cotidiano, pero expresa tranquilidad por la separación (inicial) del marido y los recursos institucionales a los que puede recurrir
6	Sentimientos de pérdida por separación conyugal	Duelo, transferencia	Comentarios de apoyo sobre la progresiva separación conyugal. Planteamiento de un plan de vida	Estructuración de un plan de vida.
Segto.	Problemas económicos por deudas del marido	Funciones del yo: competencia-dominio	Esclarecimiento sobre las posibilidades que tiene para enfrentar la situación actual. Comentarios de apoyo	Indica: *"oficialmente estoy separada de mi esposo"*. Asume el proceso de duelo y el proceso legal que tendrá que seguir para separarse y asegurar su patrimonio económico
	Al finalizar el proceso, la usuaria expresa tranquilidad y alegría por vivir desde que dejó de convivir con el esposo. No se ha resuelto aún la situación legal y económica con su marido, así que necesitará asesoría legal. Asume que la separación (el duelo) será un proceso difícil, pero no está dispuesta a regresar. Verbaliza un plan de vida en el que incorpora propósitos a corto, mediano y largo plazo, con base en su autonomía económica, la formación de sus hijos, y la posibilidad de una nueva relación de pareja con rasgos distintos a la que está terminando.			

Nota: Elaborado por A. Fuertes, 2016.

Tabla 9

Proceso psicológico de la usuaria F (34 años)

Sesión	Problemas/ síntomas	Áreas de intervención	Métodos de intervención	Resultados de la intervención
Previa	VIF	Funciones del yo	Evaluación de las Funciones del yo. Entrevista semiestructurada	Admisión a la PBI
1	VIF	Relaciones objetales	Anamnesis, catarsis	Desinhibición emocional
2	Sentimiento de abandono, dependencia emocional	Relaciones objetales	Interpretación (Correspondencia entre la situación actual y la historia familiar). Reflejo de emoción (respecto a las experiencias de su niñez)	Resistencia (Evasión de los contenidos planteados; levanta la voz y habla más rápido) Disipación de la hostilidad
3	Dependencia emocional	Relaciones objetales. Dependencia de nutrimentos narcisistas externos	Exploración de la relación de pareja, la figura masculina y la autoimagen (técnicas de producción gráfica). Tarea terapéutica: Retomar ciertas actividades de su soltería.	Expresa el deseo de regresar con su esposo. Dificultad para identificar rasgos propios y de la pareja. Identificación de una actividad que disfrutaba en su tiempo libre cuando era soltera
4	VIF	Relaciones objetales	Empleo de 4 láminas del TAT, para explorar las temáticas: 10: Relaciones familiares, de pareja 12M: Relaciones familiares, sexualidad 6NM: Relaciones familiares, sexualidad 8NM: Situación a solas	Proyección de conflictos intrafamiliares que, en los relatos, muestran tendencia a la resolución. Se identifican rasgos de agresividad en el esposo; se plantean recursos de autoprotección, y se evalúan cambios en la pareja, quien también asiste a terapia psicológica. Confirma la decisión de volver con su esposo.
5	Enfermedad física: (inmovilidad de las piernas)	Significado de la enfermedad	Explorar el significado personal y el papel de la enfermedad: la relación entre su condición incapacitante y el cuidado que recibirá por parte de su esposo	Reconocimiento de ganancias secundarias de la enfermedad. Elabora un plan de vida que incluye el retorno a su casa y las acciones ante la posibilidad de reincidencia. Expresa estar lista para regresar con su esposo y terminar la terapia.

Nota: Elaborado por A. Fuertes, 2016.

8. Análisis de la información

Se realizará un análisis mixto de la información. Se utilizará una visión cuantitativa para observar las frecuencias y proporciones de las variables implicadas en los procesos psicológicos: porcentaje de mujeres que cumplen los criterios de admisión, rasgos psicosociales que comparten las usuarias atendidas, cantidad de sesiones desarrolladas, y otros.

El enfoque cualitativo, que tendrá mayor protagonismo en el análisis, permitirá entender la psicodinamia de las mujeres atendidas, la naturaleza de los procesos realizados y de la relación generada en el espacio terapéutico, a través de encontrar nexos entre los diferentes hechos observados.

Se cuestionará el cumplimiento de la planificación de las sesiones terapéuticas y las variables relacionadas con estos resultados. La exploración de esas variables incluye:

- Identificar diferencias y similitudes en los procesos psicológicos (duración, síntomas, técnicas, características de las usuarias).
- Cotejar los hallazgos de la intervención con elementos teóricos sobre violencia intrafamiliar y psicoterapia breve.

Finalizado este análisis, se establecerán:

- Elementos aplicables y no aplicables del modelo de psicoterapia utilizado.
- Recomendaciones para futuras intervenciones en contextos similares.

Segunda parte

1. Justificación

El proyecto de intervención (Fuertes, 2015) surge a partir del diagnóstico realizado en el CEJ de Calderón entre octubre de 2014 y febrero de 2015[5], que identificó un 73% de personas que demandan atención por violencia intrafamiliar, y de estos casos, el 78% son mujeres. Se observó que los turnos para el Área de Psicología estaban ocupados casi en su totalidad (en esta área ejerce un solo profesional) y algunas personas permanecían en espera de turnos. Por otro lado, aunque existe un documento que delinea el tipo de atención que ofrece esta área, no se conocen protocolos u orientaciones específicas para el manejo psicoterapéutico de las personas atendidas.

En ocasiones se observa reincidencia de agresiones en contra de las mujeres, fenómeno que se relaciona con: dependencia económica de la(s) víctima(s) hacia el agresor, situación de la pareja indeterminada (rara vez hay una separación total), escaso apoyo social, dificultades en las relaciones con los hijos; entre otros.

Se advierte también la tendencia a reproducir la violencia en contra de los hijos. Un estudio realizado en Colombia en 2005 plantea que "las personas víctimas y testigos de violencia intrafamiliar cuando pequeños, tienen una mayor probabilidad de aceptar estas conductas agresivas, legitimarlas y repetirlas cuando son adultos, tanto con sus hijos como con su pareja" (Salas, 2005, pág. 289); de

[5] Diagnóstico realizado por Diana C., Marcela C., Melissa C. y Diana R. en el marco del proceso de prácticas pre-profesionales de la Carrera de Psicología de la Universidad Salesiana, correspondiente al período octubre 2014-febrero 2015.

manera que intervenir con las mujeres en cuyos hogares hay maltrato podría disminuir la transmisión generacional de la violencia.

El proyecto tuvo como objetivo general la aplicación del Modelo de Psicoterapia Breve, Intensiva, de L. Bellak con usuarias en situación de violencia intrafamiliar que acudieron al Centro de Equidad y Justicia de Calderón en un período de tres meses. Para alcanzar este objetivo, se propuso: establecer criterios para identificar los casos de VIF de las usuarias que requieren intervención psicológica en el CEJ de Calderón; desarrollar los métodos de intervención psicoterapéutica descritos por Bellak (2000) en el Modelo de Psicoterapia Breve Intensiva e identificar las condiciones institucionales para la aplicación de la PBI en el CEJ de Calderón.

El mayor propósito de la intervención es facilitar el acceso de las usuarias a una atención psicológica eficiente, que contribuya a mejorar sus condiciones de vida (Salir del ciclo de violencia, fortalecer el yo, mejorar las relaciones familiares, redes de apoyo social, etc.). Se espera aportar a la investigación y práctica de la psicoterapia en situaciones de violencia en contextos similares; y lograr un menor índice de deserción que, según Bellak y Small (1980, pág. 23) ocurre después de la quinta visita en clínicas de consulta externa, por lo que sugieren "adaptar la terapia a su verdadera probabilidad de asistencia" con un abordaje enfocado y sistemático de los problemas, que pretende "reconstituir al paciente a un mayor nivel que el premórbido", lo que significaría, en las usuarias que van a ser atendidas, mayor disposición para responder a la vida cotidiana y a los procesos familiares y judiciales inherentes a la violencia intrafamiliar.

2. Caracterización de los beneficiarios

El proyecto estuvo dirigido a mujeres entre 18 y 45 años de edad en situación de VIF, que demandan atención psicológica (voluntariamente o enviadas por un organismo de administración de justicia) en el CEJ de Calderón. Las beneficiarias cumplen con los criterios para ser atendidas mediante PBI (Véase Anexo 2):

- Haber vivido un estresor reciente ligado a violencia intrafamiliar.
- Mostrar motivación e interés en recibir psicoterapia.
- Tener suficiente capacidad de focalización del problema a tratar.
- Tener un rango de funcionamiento yoico *neurótico*.
- No presentar abuso de sustancias psicoactivas ni trastornos neuropsiquiátricos graves.

La participación en la mayoría de mujeres atendidas fue activa: selección de síntomas o problemas para el trabajo terapéutico, verbalizaciones espontáneas, propensión al cambio. La asistencia de las usuarias que culminaron los procesos, fue regular (entre el 75 y 100% de cumplimiento de las citas). Mientras que el 25% desertó, luego de la primera sesión.

Las habilidades desarrolladas por las usuarias incluyen: aumento en el nivel de comunicación dentro del espacio terapéutico y del entorno familiar, principalmente con los hijos; incremento en la capacidad de insight, mejor reconocimiento y prevención de la situación de violencia (agresiones recibidas y producidas); mayor autonomía e interés en espacios fuera de la familia nuclear; reconocimiento de las instancias de protección con las que cuentan, fortalecimiento del yo y redes de apoyo.

3. Interpretación

El modelo de PBI de Leopold Bellak (2000) surge en respuesta a la necesidad de atender a un amplio número de personas en instituciones con reducidos límites de tiempo. Concuerda con la tendencia occidental, particularmente norteamericana (donde el autor desarrolla su modelo), a buscar la eliminación de los síntomas en el menor tiempo posible. Esta focalización en los síntomas –y otras características de la PBI– se han heredado del modelo médico de urgencia (Bellak, 2000, pág. 9) que, como paradigma, es susceptible de cuestionamientos y mejoras. Sin embargo, comparte rasgos esenciales que otros estudios y modelos de psicoterapia breve han reportado como eficientes en el tratamiento de algunos malestares psíquicos (Sánchez-Barranco Vallejo & Sánchez-Barranco Ruiz, 2001); además, el autor refiere cómo este modelo se ha aplicado en centros de salud comunitarios a manera de "dispositivo estándar".

Se consideró la operatividad del modelo por la oportunidad que ofrece de ser aplicado en una gran variedad de casos, de incorporar técnicas de otros modelos y, particularmente, de ser transmisible, pues, ante la falta de experiencia en psicoterapia, el Manual de Bellak constituye una herramienta significativa para orientar la práctica terapéutica. Más adelante se valoró la importancia de la experiencia en psicoterapia (aspectos teóricos y técnicos) para desarrollar un proceso más eficiente y mantenerlo "breve". Una de las mayores dificultades en la práctica fue sostener un rol directivo y mantener el foco de intervención. Sobre todo al inicio del proyecto se mostró una actitud menos activa y la relación con las usuarias fue más simétrica que complementaria (como correspondería a este

modelo). En el transcurso de las sesiones, la focalización de los procesos resultó más fluida.

No obstante, ante la inexperiencia en psicoterapia, la supervisión de los casos, las referencias bibliográficas y, en algunos procesos, la alianza terapéutica, fueron elementos que fortalecieron la intervención. Se entiende que la supervisión es imprescindible –especialmente en investigación y aún en psicoterapeutas experimentados– y, en este proyecto, implicó observar la aplicación del modelo, facilitar técnicas, identificar relaciones y el desarrollo de los procesos.

En lo que concierne a la alianza terapéutica, se observó que los procesos psicológicos y los resultados post tratamiento fueron más consistentes en los casos en que hubo este componente (Usuarias A, E, C), manifestado en el nivel de participación de las beneficiarias en la definición de las metas del tratamiento. Las usuarias B, D y F, en cambio, no identificaron espontáneamente un problema principal para la psicoterapia. La usuaria B definió un tema a tratar sólo después de haberle sugerido varios temas posibles a partir de la entrevista inicial, como resultado, la intervención fue limitada. La usuaria D lo hizo con ciertas restricciones y su tratamiento fue el más corto (4 sesiones). En el caso de la usuaria F, el problema seleccionado para la terapia provino de lo que se dedujo a partir de la anamnesis, y no de la misma beneficiaria; como consecuencia, hubo menor compromiso por parte de ella y los signos de resistencia fueron más evidentes: evitación de ciertos temas, verbalizaciones severas, retrasos y ausencias a las citas; de hecho, fue la única usuaria que no asistió a la cita de seguimiento

después del cierre, debido a encontrarse en reposo médico, según explicó por teléfono en dos ocasiones.

En los siguientes apartados se reflexiona sobre aspectos específicos del objeto de la sistematización, obtenidos de los instrumentos aplicados y de los procesos psicológicos:

Clasificación de las usuarias.

A partir de los criterios establecidos para la admisión/exclusión de las usuarias a la PBI, aplicados a un conjunto de mujeres con demanda de atención psicológica en el CEJ de Calderón, se obtiene que el 73% de este grupo presenta las variables necesarias para acceder a este modelo de intervención. El otro 27% corresponde a mujeres fuera del rango de edad propuesto o expresa falta de motivación para atravesar un proceso psicológico. Estas usuarias fueron atendidas bajo otros modelos de intervención, según el caso: grupo terapéutico conformado por mujeres de hasta 50 años, víctimas de violencia de pareja; acompañamiento familiar para promoción del buen trato al niño y psicoterapia individual.

De las 8 mujeres que cumplían con los criterios para participar en este proyecto, 6 concluyeron las citas regulares, 5 se presentaron al seguimiento y 2 dejaron de asistir después de la sesión inicial. En ambos casos de deserción, las mujeres atendidas, además de haber sido víctimas de violencia por parte de la pareja y de familiares (en la infancia), indican que ejercen violencia física. En el primer caso, los eventos de agresión son mutuos entre la usuaria y su esposo; la posible causa de la deserción es que no se logró el enganche porque su problema principal son

los celos del esposo y en el espacio terapéutico no se ofreció una solución que incluyera cambios directos en él. En el segundo caso, la usuaria "golpea y humilla" a sus hijos, y su demanda es saber si esto "es normal". Se devuelve la pregunta para que la usuaria responda desde su propia experiencia (como hija maltratada), y luego de su respuesta se hace referencia a las instituciones (normativas) que amparan a los adolescentes. El comentario final de la usuaria fue que en una sesión ha respondido todo y particularmente cómo han de sentirse sus hijos, cuando ella los agrede. Es probable que la usuaria haya respondido a su cuestionamiento y considere suficiente este alivio inicial de la tensión, y que no haya tenido predisposición para atravesar una intervención psicoterapéutica breve.

El 50% de las mujeres atendidas fueron enviadas al CEJ por un organismo de administración de justicia (dentro de los procesos judiciales en contra del agresor) y el otro 50% solicitó intervención de manera voluntaria. Los casos de deserción se dieron en este segundo grupo, por lo que se puede suponer que la orden judicial, en algunas usuarias, refuerza la asistencia regular a las sesiones, ya que terminado el proceso debe enviarse un informe a la institución remitente.

Criterios de admisión.

Al diseñar una ficha de admisión se consideró que la evaluación de los criterios de inclusión y exclusión sería precisa; pero, en la aplicación, se flexibilizó el empleo de este instrumento al encontrar que factores como la motivación y la capacidad de focalización no están totalmente presentes o totalmente ausentes. Las usuarias presentan diferentes niveles de motivación y focalización, incluso a lo largo de un mismo proceso. En todo caso, se puntualizó en el contrato terapéutico que el

tratamiento puede ser interrumpido en el momento en que la usuaria lo decida. Además, parte del rol terapéutico fue mantener el foco de la intervención; por lo tanto, la valoración positiva de estos criterios se consideró esencial, mas no excluyente.

El apoyo social percibido también se incluyó como criterio de admisión a la PBI, al considerarlo, con base en referencias bibliográficas (Preston, 2003, págs. 151-152) y en anteriores experiencias de intervención, como variable asociada a mejores resultados. En la práctica, en cambio, la falta de apoyo social se juzgó como un área de intervención en psicoterapia, y no como un criterio excluyente, pues no siempre fue dado remitir a las usuarias a otros espacios de atención, y excluirlas de la PBI, habría sido reforzar su aislamiento.

Los criterios determinantes para la incorporación de las usuarias a este proyecto fueron, además del género y edad, la presencia de estresores recientes, un funcionamiento yoico de "neurótico" a "normal" y ausencia de trastornos neurospiquiátricos y de abuso de psicoactivos.

Los estresores recientes en las mujeres atendidas corresponden a eventos asociados a la denuncia en contra de los agresores (en el caso de usuarias enviadas desde la Fiscalía) y, en general, a situaciones conflictivas en la dinámica familiar. En esta experiencia se notó una relación entre la cercanía del evento estresor, y la continuidad que las usuarias dieron al tratamiento. Por ejemplo, en los casos de deserción, la situación crítica se había presentado hace menos de una semana; mientras que en las usuarias cuya asistencia fue regular, habían pasado varias

semanas desde la denuncia o desde que buscaron atención psicológica. Sin embargo, la motivación podría explicar mejor este hecho. En las usuarias que desertaron, la búsqueda de intervención psicológica pudo haber sido una reacción inmediata a la situación de crisis, sin que interceda necesariamente la decisión o la necesidad de realizar un proceso psicológico.

Evaluación de las funciones del yo.

El funcionamiento yoico de las mujeres atendidas fluctuó, en una escala de 1 a 7, entre 3 y 6 (Funcionamiento neurótico[6]). Las puntuaciones más bajas se presentaron en las funciones defensiva y competencia-dominio. El funcionamiento defensivo incluye la eficacia con que se afrontan los afectos disfóricos (ansiedad o depresión, por ejemplo) y el nivel de adaptación de este afrontamiento; justamente los principales síntomas reportados por las usuarias fueron de tipo ansioso y depresivo, y mencionaron dificultad para recuperar un estado de equilibrio, después de experimentar estos afectos. En cuanto al sentido de competencia y dominio, valoraciones bajas señalan una tendencia a la pasividad y algunos bloqueos en los recursos disponibles para el manejo del entorno. Bellak (Bellak & Goldsmith, 1993, págs. 237, 592) relaciona estos bloqueos con una autoestima baja, culpa, masoquismo, temor al fracaso, a la envidia y al rechazo, y otros. En las usuarias atendidas, se constata una autoestima baja y rasgos de dependencia emocional; algunas usuarias expresaron, desde inseguridad, hasta marcada sensación de incapacidad para enfrentar su situación (Conflictos con la pareja, problemas económicos, depresión). Por esto, el sentido

[6] Los cuatro rangos de funcionamiento yoico establecidos por Bellak son, de menor a mayor grado: rango psicótico, limítrofe, neurótico y normal. Se asocia una *fuerza del yo adecuada* (Más alta en la gráfica de la EFY) con la posibilidad de predecir resultados favorables en psicoterapia, mientras que la *fuerza del yo escasa*, indica menor analizabilidad en los pacientes (Nunberg, 1955; Lower, 1972, citados en Bellak, L. y Goldsmith, L., 1993).

de competencia y dominio es una de las funciones que más se procuró fortalecer con la intervención.

Las puntuaciones más altas se observaron en las funciones sintética y autónoma. Esto significa una personalidad integrada (con inconsistencias menores) en las usuarias y una interferencia mínima de los conflictos en las habilidades psicomotoras y cognoscitivas, excepto en situaciones de estrés intenso; las funciones primarias (atención, memoria, percepción) y secundarias (patrones de hábitos, destrezas complejas) están bien conservadas. Esto permite, a pesar de la situación de crisis, una relativa continuidad en la vida cotidiana de las usuarias, por ejemplo: en el ámbito laboral, mantener el empleo o buscar uno nuevo; y familiar, mantener el cuidado de los hijos; asimismo, la conservación de estas funciones hace factible la intervención desde la psicoterapia.

Algunas usuarias reportaron dificultades en la Prueba de Realidad, específicamente en la capacidad de distinción entre estímulos externos e internos. Pero, más que dificultades en la percepción de estímulos, refirieron incertidumbre sobre la relación de violencia: sus parejas y otras personas del entorno han pretendido (y a veces logrado) disuadirlas de que ellas están "confundidas", minimizando los eventos y efectos de las agresiones, culpándolas por tales hechos y desvalorizando sus posibilidades de cambio y autonomía. Y al ser personas cercanas –principales referentes de la realidad a causa del aislamiento de las usuarias– quienes sostienen estos discursos, las mujeres los incorporan en menor o mayor medida, reduciendo su capacidad de discernimiento de la violencia que viven. Por esto, la prueba auxiliar de realidad y el esclarecimiento, son dos de los

principales recursos de intervención para favorecer el contacto con la realidad, la confianza de las usuarias en sus propias percepciones, y la disminución de la ansiedad ligada a la "confusión" que refieren sobre sus experiencias.

En las gráficas de la EFY, se observaron mayores diferencias entre puntuaciones en las mujeres que, en las primeras sesiones, mostraron llanto fácil, superyó severo (Usuarias C, E, y G), y problemas con la regulación de la autoestima (Usuarias C y E). Esta oscilación podría ser característica del funcionamiento yoico en situaciones de crisis, pues en las mujeres que no se hallaban en un momento agudo del conflicto, el rango de funcionamiento fue más estrecho; igualmente, se observó menor fluctuación de los puntajes en las usuarias mencionadas, luego de la intervención. Pero no se descarta la influencia de rasgos estructurales o de personalidad en la amplitud del rango de funcionamiento yoico.

Procesos psicológicos.

Usuaria A. En este proceso se realizaron las sesiones previstas en el esquema, más una sesión en la que se incorporó a su hija, ante la demanda de intervención en este vínculo; los objetivos de esta sesión fueron disminuir la angustia asociada a la falta de control que experimenta la usuaria, agregar elementos de realidad para confrontar su percepción sobre la adolescente y ensayar un tipo de comunicación menos conflictivo entre madre e hija. Aquí, el rol de la hija es de invitada en el proceso terapéutico de la madre, y no como sujeto de intervención. Otro problema latente en la usuaria fue la separación de su esposo y el duelo consecuente; gran parte del discurso de la usuaria apuntaba a la relación y separación conyugal; por esta razón, la primera sesión, en la que debería explorarse la historia personal y

familiar, se centró en la historia de su relación de pareja desde el noviazgo. Las siguientes sesiones también estuvieron atravesadas por el matrimonio, pero la intervención se focalizó en el conflicto con la hija y los síntomas relacionados con la autoimagen; se procuró la mínima intervención en el duelo considerando que este proceso ha de elaborarlo la usuaria por sí misma, aunque posiblemente su demanda fue ésta, porque al finalizar la terapia, la usuaria mencionó que necesitaría otro proceso para *"*olvidarse*"* de su esposo. Por lo demás, el proceso se desarrolló conforme a la planificación. En esta usuaria la alianza terapéutica se visibilizó desde la segunda sesión, al ofrecer un entendimiento de algunos de sus síntomas como efecto de la relación de violencia y de la separación y no como ansiedad endógena.

Usuaria B. La usuaria mostró una participación pasiva, con verbalizaciones cortas e inicialmente escasas. Ante ello se emplearon técnicas proyectivas para favorecer la comunicación. Sin embargo, la intervención y el cumplimiento de los objetivos de las sesiones fueron limitados. Aun cuando la usuaria reconocía los eventos de violencia que había vivido y tenía expectativas en la psicoterapia, no llegó a enunciar por sí misma los problemas o síntomas a tratar, sino que eligió uno dentro de los propuestos con base en la historia vital; al final del proceso mencionó que fue enviada al CEJ para recibir asesoría psicológica en su decisión de divorciarse, decisión que en realidad ya había tomado, pero había sido descalificada por personas de su entorno. Tal vez la poca participación verbal de la usuaria indique resistencias al proceso, pero también que se relacione con características de personalidad y familiares (en su familia no es usual el diálogo). Hay que tomar en cuenta que en este proceso no se evidenció el establecimiento

de la alianza terapéutica, probablemente porque se usó un estilo de comunicación formal para la edad de la usuaria (21 años), quien es la más joven de la población atendida. Finalmente, es posible que no haya tenido suficiente demanda de atención psicológica: la usuaria explicó que su idea de separarse inició antes de la agresión denunciada, por lo que, sin dejar de ser traumático, este hecho dio paso a la separación y, al finalizar la psicoterapia, la usuaria revalidó su decisión de divorciarse.

Usuaria C. La usuaria demanda intervención para realizar cambios en ella que permitan dar una mejor vida a su hija. Experimenta síntomas depresivos a diario desde hace meses, sin embargo muestra predisposición psicológica y expectativas de mejoría. La intervención se encaminó hacia una "experiencia emocional correctiva" del influjo de afectos y vivencias traumáticas a través del vínculo real terapeuta-usuaria (Alexander, 1965, citado en Fiorini, 2002), y se incorporaron técnicas de otros modelos (Suárez, Muñoz, Gómez, & Santelices, 2009) para movilizar la práctica de habilidades maternales con su hija. Aun cuando los síntomas reportados se entendieron como efectos de la separación de la pareja y la violencia sufrida (esta comprensión favoreció la alianza), la usuaria accedió prontamente a conflictos irresueltos de la infancia, cuya influencia concibió como determinante en la elección de pareja, en su aislamiento social y en el mantenimiento de una relación de violencia. Re-sentir la "vergüenza", "humillación" y minusvalía, en un espacio en el que estaba indicado hablar sobre esto con aceptación y escucha, parece haber potencializado cambios notables en la usuaria, quien informó en el cierre del tratamiento: "antes no podía hablar con la

gente, ni con mi hija, por vergüenza de decir algo mal"[7] (Usuaria C, 2016). Asimismo sus sentimientos de orfandad, culpa e inseguridad, incipientemente elaborados, se acompañaron del aumento de confianza en sí misma en el plano interpersonal y económico. Se esperaba realizar dos sesiones más, una conjunta con su hija y una de retroalimentación; estas citas no se efectuaron, porque la usuaria fue asignada a otra dependencia. Sin embargo, se cumplieron los objetivos del esquema básico de intervención.

Usuaria D. Al principio de la intervención, la demanda de la usuaria se relacionaba con la aprehensión que experimentaba después de años de maltrato en el matrimonio (temía que nuevamente su esposo llegara borracho y la agrediera). Después, esta aprehensión se manifestó en su temor a morir, a causa de un malestar físico, no diagnosticado todavía y de anteriores experiencias quirúrgicas traumáticas. En este proceso se favoreció poco al insight debido a un fuerte mecanismo de racionalización y aislamiento afectivo; la usuaria verbalizaba el maltrato que había recibido por años, y su convicción de no permitirlo más, pero, no manifestaba emociones considerables al respecto; en cuanto a la enfermedad que luego le fue diagnosticada (una hernia que requiere cirugía), también encontró argumentos para minimizar su condición a pesar de adoptar frente a ella una postura que considera el sufrimiento como algo subjetivo y separado de la gravedad de la dolencia. Sin embargo se intervino activamente en la ansiedad por el padecimiento al explorar anteriores experiencias en cirugías y fomentar una posición más activa frente al tratamiento médico que recibiría; en consecuencia, solicitó mayor información y tuvo mejores recursos para entender la enfermedad y

[7] Verbalización de la usuaria C en la quinta sesión (de cierre), tomada del protocolo de registro del proceso psicológico, archivado en el Centro de Equidad y Justicia de Calderón.

enfrentar el dolor. Un elemento importante en el proceso fue la transferencia negativa que, inicialmente, se manejó de forma inadecuada, ya que, quizás por inexperiencia, se asumió la proyección de la usuaria. En adelante se retomaron las verbalizaciones relacionadas con la transferencia y se vincularon con las personas significativas para la usuaria, particularmente con el esposo. Esto permitió un nivel de descarga emocional en relación con conflictos conyugales recientes y el reconocimiento de cambios positivos que ha mostrado su esposo desde la denuncia. En esta intervención, las sesiones terapéuticas se realizaron cada 15 días, por los horarios disponibles de la usuaria. Este espaciamiento entre citas significó un distanciamiento entre la beneficiaria y su proceso psicológico, que fue secundario en el transcurso de su recuperación. Se dio por terminado el tratamiento al estimar –desde ambas partes– que no era necesario explorar más áreas de intervención.

Usuaria E. Este proceso puede dividirse en tres momentos: el primero consistió en una contención emocional ante la descompensación que atravesaba desde la crisis conyugal. Esta contención permitió el establecimiento de la alianza terapéutica y una retroalimentación positiva para el fortalecimiento del yo. El segundo momento, cardinal en el proceso, fue el esclarecimiento: simultáneamente se exploró la relación de pareja y la autoimagen, con lo que se movilizó el funcionamiento del yo, representaciones sobre roles de género y matrimonio, criterios de realidad para evaluar su situación conyugal (se identifica maltrato psicológico por parte del esposo). Un tercer momento comprendió la elaboración del cierre del tratamiento (a este fin se incorporó una sesión más), ante el temor de la usuaria de no poder continuar con su separación si deja de venir a la terapia. Se

procuró en ella la apropiación del camino que había iniciado sin intervención psicológica: el reconocimiento de que su situación conyugal no era lo que esperaba del matrimonio y de que debía cambiar estas condiciones para dejar de estar *"*enferma*"* (malestares inespecíficos y depresión). También se indagaron espacios de la vida cotidiana (familia, amistades, otras instituciones) sobre los que respaldarse fuera de lo terapéutico. En el seguimiento se constató empoderamiento sobre sus condiciones de vida e independencia del espacio terapéutico.

Usuaria F. El foco de intervención en este proceso, no provino de la usuaria, quien manifestó desconocimiento del proceso terapéutico, sino de inferencias a partir de la anamnesis. Se identificó como tema de la terapia la dependencia emocional (A propósito, sus funciones yoicas menor puntuadas fueron las relaciones objetales y el juicio), pero definir un objetivo terapéutico sin participación considerable de la usuaria representó la repetición de su rol pasivo: en su niñez vivió abandono parental y fue llevada por el abuelo a casa de su madre; más tarde, ella y su primer bebé iban a ser abandonados por su esposo, y fue su madre quien impidió esto; días después de ser agredida por su esposo, lo denunció porque su jefa le dijo que debería hacerlo para evitar reincidencias. En el cierre del proceso se vieron pocos cambios con relación al foco de intervención, pero la usuaria manifestó que no necesitaba continuar con la psicoterapia, en tanto se sentía lista para regresar con su esposo.

En los antecedentes personales y familiares de las beneficiarias, se observa que, contrario a lo que se suponía al inicio, sólo una de las usuarias sufrió o fue testigo

de agresiones físicas en su familia de origen; en cambio, casi todas experimentaron de alguna manera abandono parental desde sus primeros años y, en varias de ellas, se identificó dependencia emocional hacia los padres hasta la actualidad. La edad a la que empezaron a convivir con sus parejas comprende entre los 15 y 20 años; este inicio temprano de una relación adulta (conyugal), se une al ideal –implícita o explícitamente expresado por las usuarias, e influenciado por creencias religiosas– de que el "primer amor" debería ser el único. No sorprende entonces que el superyó severo sea una de las principales áreas de intervención cuando no se ha logrado esta idílica relación con *"*el único hombre*"* de sus vidas (descripción que hacen de sus parejas algunas mujeres atendidas), y cuando las posibilidades de separación o de formar una nueva pareja (retomar su vida sexual) están condenadas a priori y, casi siempre, por ellas mismas.

En el conjunto de los procesos psicológicos, se observa que los problemas y síntomas más frecuentes en las usuarias atendidas, además de la violencia ejercida por sus parejas, son: irritabilidad, ánimo bajo y llanto fácil, autoimagen disminuida, ansiedad, dificultades en el vínculo con las hijas, duelo por la separación de la pareja. Otros síntomas presentes en algunas mujeres atendidas, son: sentimientos de abandono, vergüenza, vacío, impotencia y culpa (superyó severo) y malestares físicos. Los problemas con la autoimagen y el sentimiento de abandono estuvieron presentes desde la infancia y adolescencia, mientras que la mayoría de los síntomas se desarrollaron a partir de la convivencia con el maltratador y se manifiestan principalmente en el hogar.

En articulación con los síntomas, las áreas de intervención fueron, en orden de mayor a menor frecuencia: el funcionamiento yoico: las relaciones objetales y el sentido de competencia-dominio, superyó severo y agresión, narcisismo y problemas con la regulación de la autoestima; el duelo y la transferencia; las relaciones con la pareja, los hijos y otros familiares. Eventualmente se intervino en áreas relacionadas con la enfermedad y la muerte, el acting out y otras funciones del yo. Los métodos más usados del modelo fueron: Catarsis e interpretación, intelectualización, apoyo y psicoeducación, empleo de técnicas proyectivas y sueños, sesiones conjuntas e interpretación de la transferencia.

De los "diez trastornos psiquiátricos más frecuentes" que propone Bellak (2000), las áreas y métodos desarrollados en el proyecto corresponden a la PBI de la depresión y la PBI de los sucesos catastróficos de la vida, con elementos aislados de la PBI de otros trastornos.

A pesar de los síntomas, problemas y riesgos, las mujeres atendidas presentaron características clave para la aplicación del proyecto: la predisposición a realizar los procesos, relativa autonomía económica (todas trabajan, aunque sus ingresos no cubren todos sus necesidades), mostraron expectativas de mejoría, viven cerca de las instalaciones del CEJ, lo que les facilita el acceso; la relación con el agresor no es de absoluta sumisión y disponen ellas mismas de sus horarios (rasgo que no compartía una de las usuarias remitidas); y el nivel de letalidad evaluado por ellas respecto de sus parejas fue bajo en comparación con sus recursos de autoprotección, con excepción de la usuaria C, que no estaba segura de la peligrosidad de su ex pareja; en este caso se ocupó un rol más directivo para

identificar y fomentar medidas que protejan a ella y a su hija de los riesgos del agresor.

La experiencia aportó en tres ámbitos:

- Institucional. Se contribuyó al cumplimiento de uno de los objetivos del CEJ: "promover… los derechos de las personas que han sufrido violencia" (Guarderas, 2012, pág. 18), a disminuir el volumen de trabajo del Área de Psicología y a desarrollar dispositivos e instrumentos de atención psicológica.
- Comunitario. La meta a la que se apunta es el bienestar de las mujeres que han sufrido VIF. Este proyecto facilitó el acceso de las usuarias a la psicoterapia con un menor tiempo de espera, y en la mayoría de ellas se observaron resultados positivos que repercutieron en el ámbito familiar y laboral.
- Académico. La experiencia fue una valiosa contribución a la formación profesional, al permitir una observación directa de malestares y problemáticas, lamentablemente comunes en la población estudiada, y una participación activa en el campo de la psicología aplicada.

4. Principales logros del aprendizaje

a) ¿Cuáles fueron las lecciones aprendidas?

"La dependencia económica produce violencia", afirma un cartel colocado en el CEJ. En esta experiencia, en cambio, 7 de 8 mujeres atendidas en PBI, declararon mayor y más estable aporte económico al hogar que sus parejas. Se advirtió que las limitaciones económicas de la mujer maltratada es un agravante en la situación de violencia, pero lo es más la dependencia emocional y la validación de estereotipos como el hombre proveedor y la mujer-madre mantenida. Parecería impropio que las mujeres se identifiquen con esos estereotipos cuando su realidad no corresponde a ellos; es entonces cuando se advierte la influencia de los primeros vínculos y del contexto generacional y cultural en que surgen estas vivencias, y el por qué una confrontación simple a las supuestas causas de la violencia no alcanza para generar cambios significativos. Se notó que es común que las usuarias escuchen frases como: "¿Por qué no te separas?", "¿Cómo puedes aguantar tanto?", "ya sabes lo que tienes que hacer, ¿por qué no lo haces?", "alzando el pelito"... Pero estas proposiciones no siempre persuaden a que las mujeres maltratadas salgan de la situación de violencia y a menudo las culpabilizan. Una usuaria expresó: "sé que soy una tonta por dejar que me trate así"[8] (Usuaria E, 2015). Por lo tanto, una intervención psicológica en violencia intrafamiliar debe responder a la complejidad de factores psicodinámicos y ambientales que sostienen esta problemática.

Justamente uno de los mayores aportes de la formación académica es la búsqueda de un entendimiento psicosocial del malestar, lo que se asemeja al principio de la PBI

[8] Verbalización de la usuaria E en la primera entrevista (sesión previa), tomada del protocolo de registro del proceso psicológico, archivado en el Centro de Equidad y Justicia de Calderón.

de comprender “al paciente de la manera más completa posible”. Cuando fue viable, se procuró un manejo interdisciplinario de los problemas, por ejemplo, se solicitó intervención legal para las usuarias que requerían esta asesoría. Además, si bien la intervención tuvo un enfoque dirigido al síntoma, en todo momento se tuvo presente el contexto cultural en el que se produce la violencia y la idiosincrasia de cada mujer, cuestionando cuando fue necesario los roles de género, las representaciones de la pareja, de sí mismas, del matrimonio y la familia.

Se encontró en la infancia de casi todas las mujeres atendidas, antecedentes de abandono, desde absoluta negligencia hasta ausencia temporal, de uno o ambos progenitores; en algunas de ellas este abandono generó sentimientos de desamparo, parcialmente aliviado al inicio de la relación de pareja. En dos usuarias que no vivieron este abandono, se notó una imagen paterna idealizada (toda bondad, cariño, paciencia) y en contraste con una figura materna cariñosa pero estricta. En la mayoría de usuarias, las ideas tradicionales sobre la sexualidad y la familia (patriarcal), influenciaron en diferente medida para que no rompieran la relación a pesar de la violencia. En lo tocante a la pareja, parece ser frecuente el abuso de alcohol por parte de ellos y menor compromiso en las responsabilidades del hogar.

En la ejecución del proyecto se percibió que la presencia de redes de apoyo (familia, grupos religiosos, lugar de trabajo) aporta a las mujeres maltratadas expectativa de mejoría de sus condiciones de vida y favorece a la consecución y sostenimiento de logros terapéuticos, reduciendo la dependencia al espacio terapéutico. Por ello, el fortalecimiento de las redes sociales en mujeres maltratadas podría ser un eje en futuras intervenciones.

Para la aplicación del modelo en contextos similares de intervención, convendría mantener el uso de una sesión previa al tratamiento para valorar la situación de la mujer y derivarla a la modalidad de atención que más convenga, siempre que existan estos espacios, considerando que hay mujeres que no se sienten cómodas en un grupo terapéutico, así como hay otras que consideran invasiva la relación usuaria-terapeuta o no tienen predisposición para someterse a introspección. Se procuraría una mejor valoración de la motivación y capacidad de insight de las usuarias, mayor participación de ellas en la selección de los síntomas a tratar, y mayor constancia en el foco de la intervención en los límites del tiempo establecidos.

b) ¿Qué productos generó el proyecto de intervención?

El proyecto incrementó las atenciones psicológicas realizadas en el CEJ y permitió la respuesta pronta a los organismos de justicia en los que las usuarias realizan procesos legales. Favoreció el acceso de las mujeres a la psicoterapia en un menor tiempo de espera y en un horario flexible de acuerdo a sus posibilidades. Fue alentadora la adherencia que mostraron a la psicoterapia y, sobre todo, el mantenimiento de los logros luego del cierre: en el seguimiento, las beneficiarias refirieron reducción de los síntomas tratados (principalmente ansiosos y depresivos) y un estilo de vida menos violento: ausencia de nuevas agresiones físicas, fortalecimiento del vínculo con sus hijas/os e incremento del contacto interpersonal y de actividades recreativas en algunas de ellas. Otros resultados importantes fueron: Desinhibición emocional, fortalecimiento del funcionamiento yoico, la capacidad de insight y la autonomía, mejor entendimiento de sus síntomas y de la situación de violencia, movilización de ideas rígidas sobre el matrimonio y la familia, empoderamiento de los diferentes roles que

ejercen como mujeres y aumento de la confianza en sí mismas, estructuración de planes de vida e identificación de recursos de autoprotección.

c) ¿Cuáles objetivos de los que se plantearon se lograron? ¿Cuáles no? ¿Por qué?

Se lograron los objetivos de establecer criterios para identificar a las usuarias que serían atendidas mediante PBI y de desarrollar los métodos de intervención psicoterapéutica descritos por Bellak, para ello fue necesario incorporar instrumentos y otras técnicas y tareas para cubrir espacios que el modelo no contempla con detalle. El objetivo de identificar las condiciones institucionales para la aplicación de la PBI en el CEJ de Calderón se cumplió sólo parcialmente; hubo poco acceso a tratar este tema con el personal de Psicología y Coordinación debido a que estas áreas estuvieron vacantes por sendos lapsos de tiempo. Se cumplió con el objetivo general: la aplicación del modelo de Bellak, pero con un número de usuarias menor al que se proyectaba por estas mismas circunstancias institucionales.

d) ¿Identificaron elementos de riesgo en algún momento de la experiencia con el proyecto de intervención?

Resultó desventajosa la ausencia prolongada de un profesional a cargo del área de psicología, pues esto determinó que no se permitiera la recepción de nuevas usuarias. También se contaba con la posibilidad de realizar una intervención más coordinada en la institución y de ofrecer a las beneficiarias otros espacios de psicoterapia individual o grupal. Además, no parece haber una red interinstitucional eficiente que permita al personal tratante direccionar de manera oportuna a los servicios que requieren las personas. Esto fue particularmente limitante en el caso de la usuaria C, que empezó a ser acosada por su ex conviviente para que regresara con él. No volvió

a agredirla verbal o físicamente, pero su insistencia y manipulación a la hija que tienen en común, amenaza la seguridad de la usuaria y la niña; se procuró identificar recursos de autoprotección, pero queda un vacío institucional ante este peligro.

e) ¿Qué elementos innovadores identifican en la experiencia?

Como elemento innovador se propone un posicionamiento no victimizante de la mujer maltratada; esto empieza con la utilización de un lenguaje que no remarque la condición de vulnerabilidad, indefensión, pasividad y, paradójicamente, culpabilidad, tal como parece ocurrir en el ámbito judicial. La expresión víctima, además de sus implicaciones jurídicas, transmite aún su contenido arcaico: "ser vivo destinado a un sacrificio" (Arias Marín, 2012) y tiene, en español al menos, una connotación femenina que podría relacionar directamente el ser mujer con el ser víctima. No se pretende dejar de reconocer las implicaciones de género y los daños que han sufrido de forma involuntaria a causa de otros, sino devolver una mirada de asunción de sus propias vidas, sobre todo si la intervención de las instituciones no alcanza para protegerlas efectivamente ni garantizarles mejores condiciones de vida.

f) ¿Qué impacto tienen esos elementos innovadores para los grupos poblacionales con cuales se trabajó?

La respuesta de las mujeres atendidas a esta mirada no victimizante tiende a ser positiva. A lo largo de la intervención, muestran una mejor concepción de sí mismas como mujeres y no como víctimas; se promueve el entendimiento de las necesidades propias, de la elección de pareja, de la violencia, fuera de la imagen de "destino" y en reconocimiento de su capacidad de efectuar cambios favorables, de decidir. Este

impacto fue menor en usuarias que fueron victimizadas en contextos anteriores al tratamiento o estuvieron sometidas a difíciles condiciones de vida desde su infancia.

g) ¿Qué impacto a nivel de la salud mental se evidenció como consecuencia del proyecto?

La intervención permitió cotejar los aportes de algunos estudios sobre violencia intrafamiliar y sus efectos psicológicos en mujeres, y sobre la efectividad del modelo de psicoterapia elegido. En la institución se incrementaron los procesos psicológicos completos frente a la frecuencia de deserción de los tratamientos. La mayoría de las usuarias indicaron menor malestar psicológico luego de la intervención, a pesar de que tenían que enfrentar aún gestiones legales y familiares potencialmente desgastantes. La disminución de síntomas ansiosos y depresivos fue notable en la mayoría de las usuarias, quienes mejoraron sus relaciones interpersonales en el entorno inmediato (acercamiento a los hijos y a parientes de la familia de origen) y redujeron su aislamiento. Se evidenció el fortalecimiento del funcionamiento yoico y hubo mayor conciencia de los indicadores de violencia, lo que puede ser un elemento importante para la prevención de nuevas agresiones en contra de ellas y sus hijas/os.

Conclusiones y recomendaciones

La violencia intrafamiliar es un fenómeno complejo, multifactorial, por lo tanto, una intervención psicológica debe responder a esa complejidad de factores psicosociales que sostienen esta problemática. Se requiere una mirada a los patrones relacionales entre hombres y mujeres, entre los miembros de la familia, a la influencia de la economía y la religión, así como la consideración de los elementos de la personalidad que predisponen o apartan a las mujeres de relaciones violentas.

La estructura de la PBI es adaptable a las condiciones institucionales del CEJ de Calderón. La sesión inicial de valoración debería realizarla, de preferencia, el psicólogo de la institución, y luego designar el personal (por ejemplo, los practicantes de psicología) y el espacio de atención más conveniente para la usuaria. La duración del tratamiento y las técnicas no se contraponen a la atención que se realiza actualmente en el CEJ.

La Psicoterapia Breve Intensiva de Leopold Bellak muestra particular eficacia para el tratamiento de los cuadros depresivos, aumenta los niveles de funcionamiento yoico e indirectamente fortalece los vínculos madre-hijas/os; éstos son los principales aportes del modelo de Bellak para la atención psicológica de las mujeres en situación de violencia intrafamiliar que acuden al CEJ de Calderón.

La PBI es útil en el tratamiento de los síntomas que causan mayor malestar en las mujeres atendidas y fortalece su funcionamiento yoico, sin embargo, parece ser insuficiente para producir cambios profundos o abordar traumas generados desde la

infancia, a los que a menudo están asociados la situación de violencia y varios síntomas actuales.

Los componentes del modelo aplicado que se vinculan con mejores resultados son: sesiones regulares en intervalos no mayores a una semana, una sesión de seguimiento, focalización y planificación de la intervención, establecimiento de una relación usuaria-terapeuta de carácter positivo. Ninguna de estas características es exclusiva de la PBI, de manera que otros modelos de psicoterapia que incluyan estos elementos podrían generar efectos favorables.

El establecimiento de la alianza terapéutica es esencial para que las usuarias muestren adherencia al proceso. Se puede prever y desarrollar esta alianza propiciando la participación activa de las mujeres en la definición de las metas de su tratamiento.

Las características de las usuarias que pronostican mejores resultados terapéuticos en menor tiempo son: presencia de fuentes de apoyo (familiares, amistades, grupos religiosos o sociales), alto nivel de las funciones autónoma y sintética, fuentes de ingresos económicos que no dependan del agresor, motivación y predisposición a la introspección, personalidades no dependientes. Sin embargo, estos rasgos quizás sean inusuales en mujeres sometidas a prolongadas situaciones de maltrato.

El malestar psíquico en la población estudiada se manifiesta en la recurrencia de los siguientes síntomas: ansiedad, irritabilidad, ánimo bajo y llanto fácil, impotencia, vergüenza y culpa, malestares físicos, dificultades en el vínculo con las hijas, duelo

por la separación de la pareja; estos síntomas se desarrollaron a partir de la convivencia con el maltratador y se manifiestan principalmente en el hogar. También experimentan problemas con la autoimagen, sentimientos de abandono y aislamiento desde la infancia y adolescencia, que se cronifican en la relación de violencia.

Las principales áreas que requieren intervención en mujeres maltratadas son: funcionamiento yoico (Relaciones objetales y sentido de competencia-dominio), superyó severo y agresión, narcisismo y problemas con la regulación de la autoestima. Se exploraron las relaciones con la pareja, los hijos y otros familiares y se acompañó en los procesos de duelo.

Los instrumentos de Evaluación de las Funciones del Yo y la Entrevista semiestructurada son en sí mismos procesos de intervención psicológica, por ello conviene aplicarlos con técnicas de comunicación adecuadas para generar en las usuarias la percepción de ser escuchadas sin juicios y no de estar realizando un simple ejercicio de recolección de datos.

La incorporación de la ficha de admisión a la PBI y de la entrevista semiestructurada, permitió obtener, en un corto tiempo, información amplia para un primer acercamiento a las condiciones y características psicosociales de las mujeres, orientó en la definición de los objetivos terapéuticos y métodos de intervención y facilitó el reporte del proceso realizado. Es recomendable, entonces, incorporar este tipo de protocolos para planificar el tipo, duración y métodos de intervención, más no para excluir a las usuarias de la atención psicológica.

Si es necesario, conviene incluir otras técnicas e instrumentos para abarcar más espacios de intervención, así como trabajar, si es posible, en paralelo con otro tipo de intervenciones: grupos terapéuticos, talleres conyugales y actividades que la usuaria desarrolle por su cuenta.

La gratuidad de la atención psicológica en esta institución permite a las personas el acceso a servicios que quizá no recibirían si tuvieran costo, pero también influye en la disminución de la regularidad y el cumplimiento de las citas asignadas. Ante la ausencia de un pago simbólico, resulta útil emplear el contrato terapéutico en formato físico para generar compromiso y reforzar la asistencia y participación en las sesiones, además de ser una manifestación concreta del encuadre.

La sesión de seguimiento es importante para evaluar los logros terapéuticos y, de ser necesario, fortalecer la intervención realizada. Por ello se recomienda hacer seguimientos de las mujeres atendidas en plazos más amplios, por ejemplo, además de la cita después de un mes, contactar a las usuarias luego de seis y doce meses, y que este seguimiento no sea únicamente para valorar el "efecto" de la intervención psicológica, sino en general, apreciar las condiciones de vida, y en particular, en relación a la violencia.

La experiencia sistematizada sugiere que la atención psicológica a mujeres en situación de VIF, sin oposición a la línea teórica o metodológica que se siga, debe incluir al menos cuatro etapas, atravesadas por la alianza terapéutica: 1)Contención y descarga emocional, disminución del sentimiento de culpa por la violencia vivida, evaluación del riesgo en que se encuentran la mujer y los miembros de su entorno

inmediato. 2) Exploración de los conflictos, de la elección y mantenimiento de una relación violenta, cuestionamiento de los roles de género, esclarecimiento, psicoeducación, etc. 3) Estructuración de un plan de vida y prevención; potenciar aprendizajes de la vivencia de maltrato: sensibilización a las señales de violencia (recibida o causada) y transmisión de esos aprendizajes; identificar y desarrollar recursos de autoprotección, fortalecer redes de apoyo social. 4) Seguimiento interdisciplinario, especialmente en casos de alto riesgo (de violencia, enfermedad, carestía).

Para gestionar de manera eficiente la atención a las usuarias, se requiere de un trabajo coordinado entre las áreas del CEJ: direccionamiento, psicología, área legal. Y, además, de una red interinstitucional consolidada para referir a las personas que no pueden ser atendidas en este establecimiento o que requieren de una intervención múltiple, por ejemplo: mujeres maltratadas con hijos que presentan trastornos del desarrollo, o amenazas letales por parte de los maltratadores.

Para una adecuada aplicación del modelo, se sugiere capacitación específica en psicoterapia breve intensiva y sus herramientas (por ejemplo el uso de test proyectivos) y la práctica continua de la psicoterapia por parte del personal de atención psicológica.

La supervisión profesional es importante para asegurar una intervención metodológica en los casos atendidos y para prevenir agotamiento en el personal tratante. Es recomendable que la administración de estos servicios públicos (y los mismos psicólogos) contemplen medidas de protección frente la carga laboral a la

que están expuestos los profesionales, pues, además de tratar con el malestar psíquico de un número considerable de personas, deben responder al aparataje institucional.

Aplicar un modelo de intervención es, en definitiva, orientarse en la atención psicológica con determinados puntos de vista, herramientas y procedimientos. Más, la principal utilidad de la estandarización de los procesos la encuentra el investigador para reportar sus hallazgos y la institución, en este caso el CEJ, para cuantificar y justificar sus atenciones y resultados. En cambio, el componente que más favorece a las personas beneficiarias no necesariamente son las técnicas usadas, sino la aplicación individualizada de esas técnicas y una relación terapéutica que permita la elaboración de los conflictos que generaron el malestar psíquico.

Se recomienda que la información obtenida de esta experiencia, en conjunto con otras investigaciones, sirva de base para desarrollar protocolos de intervención psicológica en violencia intrafamiliar que optimicen la atención a las usuarias del CEJ, desde que solicitan intervención psicológica: identificación de la demanda, asignación del personal y tipo de intervención o remisión a otros espacios de atención; hasta que se realice el cierre del proceso en la institución: evaluación de los logros, seguimiento de las atenciones y remisiones, y propuestas de prevención para evitar recaídas.

Referencias

Alexander, F., & French, T. (s.f.). *CEPAP, Centro de Estudio, Prevención y Asistencia Psicológica y Psicopedagógica.* (H. Yánez, Ed.) Recuperado el 12 de Diciembre de 2015, de http://cepap-cooperativa.webnode.com/articulos/

Arias Marín, A. (2012). Teoría crítica y derechos humanos: hacia un concepto crítico de víctima. *Nómadas: revista crítica de ciencias sociales y jurídicas, 36*(4), 31-60. Recuperado el 10 de Enero de 2016, de http://revistas.ucm.es/index.php/NOMA/article/view/42298

Bellak, L. (2000). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia* (2a. ed.). México: El Manual Moderno.

Bellak, L., & Goldsmith, L. (1993). *Metas amplias para la evaluación de las funciones del yo* (2a. ed.). México: El Manual Moderno.

Bellak, L., & Small, L. (1980). *Psicoterapia breve y de emergencia* (2a. ed.). México: Pax México.

Centro de Apoyo Integral Tres Manuelas. (2015). *Informe de Gestión anual, Período Enero-Diciembre del 2014.* Quito. Recuperado el 14 de Abril de 2015, de http://www.quito.gob.ec/documents/rendicion_cuentas/AZMS/Politicas_publicas/InformeCAITresManuelas.pdf

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2010). *Atención psicológica a mujeres en situación de violencia: lineamientos y protocolos.* Recuperado el 7 de Abril de 2015, de http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/PrevAtnViol/MANUAL_ATENCION_PSICOLOGICA.pdf

Fiorini, H. (2002). *Teoría y técnica de psicoterapias.* Buenos Aires: Nueva Visión.

Fiscalía General del Estado. (3 de Abril de 2013). Boletín criminológico. Quito. Recuperado el Marzo de 2015, de http://issuu.com/fiscaliageneral/docs/fiscaliaecuador/1

Friedlander, M., Escudero, V., & Heatherington, L. (2009). *La alianza terapéutica en la terapia familiar y de pareja.* Barcelona: Paidós.

Fuertes, A. (Abril de 2015). Aplicación de un modelo de psicoterapia breve intensiva con mujeres en situación de violencia intrafamiliar que acuden al Centro de Equidad y Justicia de Calderón entre los meses de junio y octubre de 2015. Quito, Ecuador.

Guarderas, P. (Mayo de 2012). Actualización metodológica del Área de violencia intrafamiliar, violencia de género, maltrato infantil y delitos sexuales: Centros de Equidad y Justicia. Quito: Municipio del Distrito Metropolitano. Secretaría de Inclusión Social.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2011). *Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las mujeres.* Recuperado el 3 de Abril de 2015, de http://www.inec.gob.ec/sitio_violencia/presentacion.pdf

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2012). *E-Análisis: revista coyuntural.* Recuperado el 3 de Abril de 2015, de http://www.inec.gob.ec/inec/revistas/e-analisis.pdf

Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1996). *Diccionario de psicoanálisis.* Buenos Aires: Paidós.

Murray, H., & cols. (1975). *Test de Apercepción Temática (TAT): manual para la aplicación* (7a. ed.). Buenos Aires: Paidós.

Preston, J. (2003). *Terapia breve integradora: enfoques cognitivo, psicodinámico, humanista y neuroconductual.* Bilbao: Desclée de Bouwer.

Salas, L. (2005). Transmisión intergeneracional de la violencia intrafamiliar: evidencia para las familias colombianas. *Desarrollo y Sociedad*(56), 285-337. Recuperado el 4 de abril de 2015, de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169114671008

Sánchez-Barranco Vallejo, P., & Sánchez-Barranco Ruiz, A. (2001). Psicoterapia dinámica breve: aproximación conceptual y clínica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, XXI*, 7-25. Recuperado el 1 de Julio de 2015, de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019673002

Slaikeu, K. (2000). *Intervención en crisis: manual para práctica e investigación* (2a. ed.). México: El Manual Moderno.

Suárez, N., Muñoz, M., Gómez, E., & Santelices, M. (2009). Terapia de Interacción Guiada: una nueva Modalidad de intervención con familias multiproblemáticas y en riesgo social. *Terapia psicológica, 27*(2), 203-213. Recuperado el 15 de Diciembre de 2015, de http://ref.scielo.org/dzj5h5

Usuaria C. (18 de Enero de 2016). Usuaria C - Hoja de evolución de proceso. (A. Fuertes, Entrevistadora) Quito.

Usuaria E. (9 de Noviembre de 2015). Usuria E - Hoja de evolución de proceso. (A. Fuertes, Entrevistadora) Quito.

Anexos

Anexo 1. Esquema de las sesiones terapéuticas

SESIÓN	OBJETIVOS	TAREAS
Previa	Decidir si la usuaria es admitida a la PBI o si es remitida	Llenar la ficha de admisión. Conocer las expectativas y motivación de la usuaria acerca de la terapia. Evaluación de las funciones del yo. Aplicación de entrevista estructurada. Asignar una cita para iniciar la PBI, si es admitida, o derivar al psicólogo del CEJ para terapia individual o grupal.
1	Ubicar áreas de vulnerabilidad emocional. Establecer alianza terapéutica y el contrato terapéutico.	Explicar de manera breve la naturaleza del proceso y firma del consentimiento informado. Elaboración de anamnesis y exploración inicial de la naturaleza de la relación con el agresor. Generar una lista de problemas. Reseñar al usuario los rasgos más notables de la primera sesión
2	Reexaminar áreas de vulnerabilidad. Definir el plan de intervención.	Comenzar con un relato sobre el estado de ánimo actual de la usuaria y preguntar por un sueño reciente. Profundizar en la historia vital Delimitar junto a la usuaria sus principales síntomas o problemas.
3	Transelaborar lo que se ha aprendido hasta esta sesión.	Comenzar con un relato sobre el estado de ánimo actual de la usuaria y repasar el contenido trabajado en las anteriores sesiones. Comenzar a referirse a la separación. Opcional: entrevista conjunta; uso de técnicas proyectivas como vehículo de comunicación.
4	Favorecer el insigth	Comenzar con un relato sobre el estado de ánimo actual de la usuaria y pedir a la usuaria que interrelacione todas las sesiones. (Mantener continuidad entre sesiones). Referirse a la terminación del proceso y discutir las reacciones ante esto.
5	Terminar la terapia con una relación positiva	Se pide a la usuaria reseñar el proceso. Mostrar menos neutralidad terapéutica. Recordar a la usuaria acerca de la sesión de seguimiento. Aplicar ficha de evaluación del servicio. Nota: el número de sesiones puede variar de acuerdo a la evolución de cada proceso terapéutico.
6	Verificar la calidad de los logros terapéuticos. Cerrar el proceso.	Preguntar cómo se ha sentido en general, y en particular en relación a sus síntomas. Mostrar menos neutralidad terapéutica. Aplicar “Escala de cambio percibido”.

Anexo 2. Ficha de admisión a la PBI

CENTRO DE EQUIDAD Y JUSTICIA DE CALDERÓN
ÁREA DE PSICOLOGÍA

FICHA DE ADMISIÓN PARA LA PSICOTERAPIA BREVE INTENSIVA

No. institucional de caso:	**Admitida para PBI:** **SI** ☐ **NO** ☐
Nombre y apellido:	Fecha de inicio:
Cédula:	Horario:

Sexo: M F **Edad**: ___ **VIF**: **SI** ☐ **NO** ☐

Enviada por una autoridad ☐ Voluntaria ☐

Motivo de consulta:
_____
_____
_____

¿Cuál considera que es su principal problema?
_____
_____
_____

¿Cuáles son sus expectativas y su interés en la psicoterapia?
_____
_____
_____

Motivación para la psicoterapia:
SI ☐ **NO** ☐

Estresores recientes:
SI ☐ **NO** ☐

Capacidad de focalización del problema:
SI ☐ **NO** ☐

Reconocimiento de su situación:
SI ☐ **NO** ☐

Apoyo social: **SI** ☐ **NO** ☐
¿En qué medida recibe apoyo en este momento de su vida?

	Nada	Algo	Mucho
Familiares	___	___	___
No familiares	___	___	___

¿Tiene una persona en particular en quien pueda confiar y a quien pueda acudir en la situación que está atravesando? _____
Número telefónico: _____

Abuso de sustancias psicoactivas: **SI** ☐ **NO** ☐

Trastornos neuropsiquiátricos graves: **SI** ☐ **NO** ☐

Funcionamiento del yo: **1-3.5** ☐ **2.5-4.5** ☐ **3.5-5.5** ☐ **4.5-7** ☐

Anexo 3. Esquema de evaluación de las funciones del yo

EVALUACIÓN DE LAS FUNCIONES DEL YO (Bellak y Goldsmith, 1993)

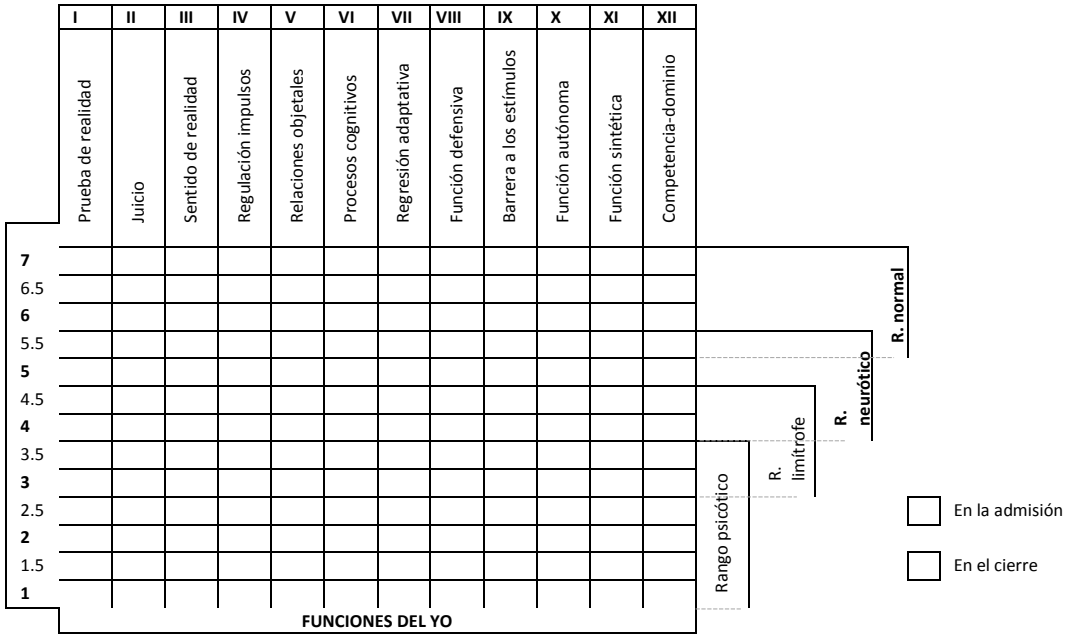
- Aplicar el cuestionario y registrar la frecuencia reportada por la usuaria. El cuestionario se utiliza como punto de partida y se lo enriquece con observaciones personales sobre la manera en que la usuaria se enfrenta a las preguntas.

Puntuación de las frecuencias:
Rara vez = 5-7 Algunas veces = 3-5
Con frecuencia = 1-3

Calificación global:
1 . 2 . 3 . 4 . 5 . 6 . 7
Deficiente Excelente

En la admisión			**CUESTIONARIO** [Preguntas orientadas a evaluar los componentes de cada función]	**En el cierre**		
Fecha:		Hora:		Fecha:		Hora:
Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia		Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia
7 6 5	5 4 3	3 2 1		7 6 5	5 4 3	3 2 1
I. PRUEBA DE REALIDAD						
II. JUICIO						
III. SENTIDO DE REALIDAD						
IV. REGULACIÓN DE LOS IMPULSOS						
V. RELACIONES OBJETALES						
VI. PROCESOS COGNITIVOS						
VII. REGRESIÓN ADAPTATIVA						
VIII. FUNCIONAMIENTO DEFENSIVO						
IX. BARRERA A LOS ESTÍMULOS						
X. FUNCIONAMIENTO AUTÓNOMO						
XI. FUNCIONAMIENTO SINTÉTICO - INTEGRATIVO						
XII. COMPETENCIA Y DOMINIO						

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



Anexo 4. Entrevista semiestructurada

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA

[Adaptación de: Echeburúa et al. (2006), citado en CNEGSR (2010)]

Nombre completo: _____

1. Estado Civil: Soltera ( ) Separada ( ) Viuda ( ) Casada ( ) Divorciada ( ) Unión libre ( )
2. Edad cronológica: __ Edad al iniciar la relación: ___ Edad al iniciar la convivencia: ___
3. Ocupación (lugar y tipo):_____
4. ¿Cómo definiría su nivel socioeconómico?
   Bajo ( ) Medio-Bajo ( ) Medio ( ) Medio-Alto ( ) Alto ( )
5. Genograma
6. Agresor: Pareja ( ) Hermano/a ( ) Novio ( ) Hijo/a ( ) Padre ( ) Madre ( ) Otros: ( )
7. Nombre:_____ Edad: ____ Actividad laboral:_____
8. ¿Ha sido violento con otras personas? Si ( ) Con quién_____ No ( )
9. Tipo de Abuso Experimentado: Físico ( ) Psicológico ( ) Económico ( ) Sexual ( )
10. Frecuencia del maltrato en el último año: Diario ( )Semanal ( ) Mensual ( )Anual ( )Otro ( )
11. ¿Cuándo fue la primera vez que la agredió? ¿Considera que ha habido algún acontecimiento específico que esté asociado con la aparición de los malos tratos?
12. ¿Ha contado el abuso a alguien? Si ( ) ¿A quién?_____ No ( )
13. ¿Ha sufrido anteriormente algún otro tipo de agresión?
    En la edad adulta ( ) En la infancia ( )
14. ¿Ha recibido tratamiento psicológico?
    Si ( ) ¿De qué tipo y por qué lo abandonó?_____ No ( )
15. ¿Ha tenido problemas de salud incapacitantes? Si ( ) _____ No ( )
16. En general, ¿Se siente más cómoda mostrándose abiertamente a los demás **( )**, o prefiere ser reservada **( )**?
17. ¿Prefiere una vida activa y práctica **( )** o le gusta más una vida imaginativa y reflexiva **( )**?
18. ¿Acostumbra decidir más con la cabeza **( )** o con el corazón **( )**?
19. En la vida cotidiana, ¿Se guía más por lo que escucha y observa alrededor **( )**, o por sus intuiciones **( )**?
20. ¿Qué le gusta hacer en su tiempo libre?
    Tiempo que dedica a esas actividades: __ Horas Diarias ( ) Semanales ( ) Mensuales ( ) Anuales ( )

[Espacio para observaciones]

Firma de la usuaria / No. de cédula

Anexo 5. Modelo de consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

[Adaptación de: *Consentimiento informado de tratamiento psicoterapéutico*. En: http://etci.com.ar/articulos-terapia-cognitiva]

Lugar y fecha

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a mujeres que son atendidas en el Área de Psicología del Centro de Equidad y Justicia de Calderón bajo el modelo de psicoterapia breve intensiva. La usuaria……, con Cédula de Identidad No. ....., manifiesta que ha recibido información suficiente acerca del proceso psicológico que realizará en la institución de acuerdo a las condiciones que se indican a continuación:

CUESTIONES RELATIVAS A LA INTERVENCIÓN

1. El abordaje psicológico se inscribe dentro del Proyecto "Aplicación de un modelo de psicoterapia breve intensiva con mujeres en situación de violencia intrafamiliar, usuarias del CEJ-Calderón", como trabajo de titulación desarrollado por la persona tratante, Alexandra Fuertes, para obtener el grado de psicóloga.

2. Se garantiza la confidencialidad respecto a la información recibida de la usuaria. Los datos que se obtengan serán utilizados únicamente con fines terapéuticos y académicos.

CUESTIONES RELATIVAS A LAS CARACTERISTICAS DEL TRATAMIENTO

1. Se realizará un proceso psicológico, orientado a la atención de los motivos de consulta expuestos y de la sintomatología identificada.

2. El plazo del tratamiento será de aproximadamente 5 sesiones, con frecuencia semanal, más una sesión de seguimiento después de un mes. La periodicidad y plazo pueden ser modificados mediante acuerdo, en función del avance en el cumplimiento de los objetivos establecidos.

3. Las sesiones tendrán una duración promedio de 50 minutos, pudiendo haber variaciones según lo que acontezca en su transcurso.

CUESTIONES RELATIVAS A LA EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO

1. La usuaria se responsabiliza a acudir oportunamente a las sesiones programadas, y a seguir las indicaciones terapéuticas especificadas en el proceso.

2. El tratamiento podrá ser interrumpido en forma unilateral por la usuaria en el momento en que lo considere oportuno, informando de esta decisión al personal tratante.

3. La ausencia a dos sesiones seguidas sin aviso efectivo por parte de la usuaria, será interpretada como un abandono del tratamiento, dándose por finalizado el proceso.

Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, CONSIENTO participar en el presente proyecto y que los datos que se deriven de mi participación sean utilizados para cubrir los objetivos de dicho proyecto.

Firma de la usuaria *Firma del personal tratante*

Anexo 6. Escala de cambio percibido

Escala de Cambio Percibido

[Adaptación de: Rincón y Labrador (2000), citado en CNEGSR (2010)]

Nombre: _____ *Fecha:* ____/____/_____

C. I.: _____ *Sesión:* _____

Por favor, rodea con un círculo el número que mejor describa cómo has estado desde la última sesión que hemos tenido.

1. A diario, cuando pienso en lo que ha sucedido, experimento un grado de malestar emocional, que en comparación con lo que experimentaba antes de empezar el tratamiento, es:

1	2	3	4	5	6	7
Mucho mayor	Bastante mayor	Mayor	Igual	Menor	Bastante menor	Mucho menor

2. En esta sesión, cuando he pensado en lo que ha sucedido, experimento un grado de malestar emocional, que en comparación con lo que experimentaba antes de empezar el tratamiento, es:

1	2	3	4	5	6	7
Mucho mayor	Bastante mayor	Mayor	Igual	Menor	Bastante menor	Mucho menor

3. En comparación con lo que hacía antes del tratamiento, intento alejarme de situaciones asociadas a lo que he vivido, en un grado que es:

1	2	3	4	5	6	7
Mucho mayor	Bastante mayor	Mayor	Igual	Menor	Bastante menor	Mucho menor

4. Desde la última sesión, el malestar que experimento en mi vida cotidiana es:

1	2	3	4	5	6	7
Mucho mayor	Bastante mayor	Mayor	Igual	Menor	Bastante menor	Mucho menor

5. En general, en mi vida cotidiana, desde la última sesión me he sentido:

1	2	3	4	5	6	7
Mucho mejor	Bastante mejor	mejor	Igual	Peor	Bastante Peor	Mucho Peor

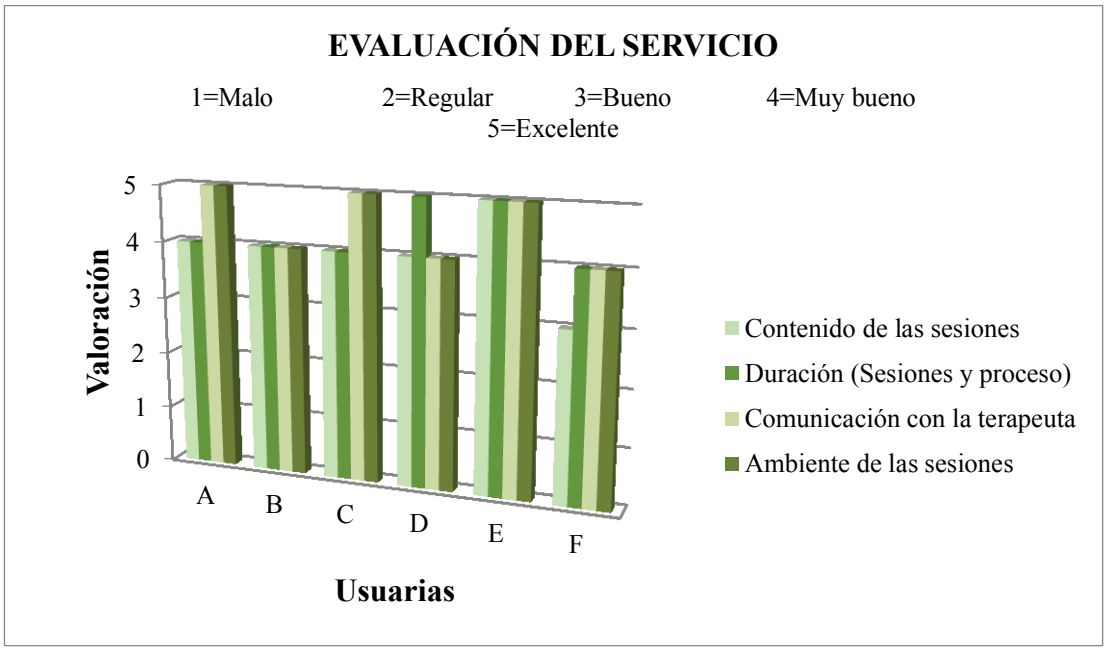
6. Creo que lo practicado en esta sesión (de seguimiento) me ayudará a sentirme:

1	2	3	4	5	6	7
Mucho mejor	Bastante mejor	mejor	Igual	Peor	Bastante Peor	Mucho Peor

Anexo 7. Síntesis de las valoraciones de las usuarias acerca de la intervención

Gráfico 1

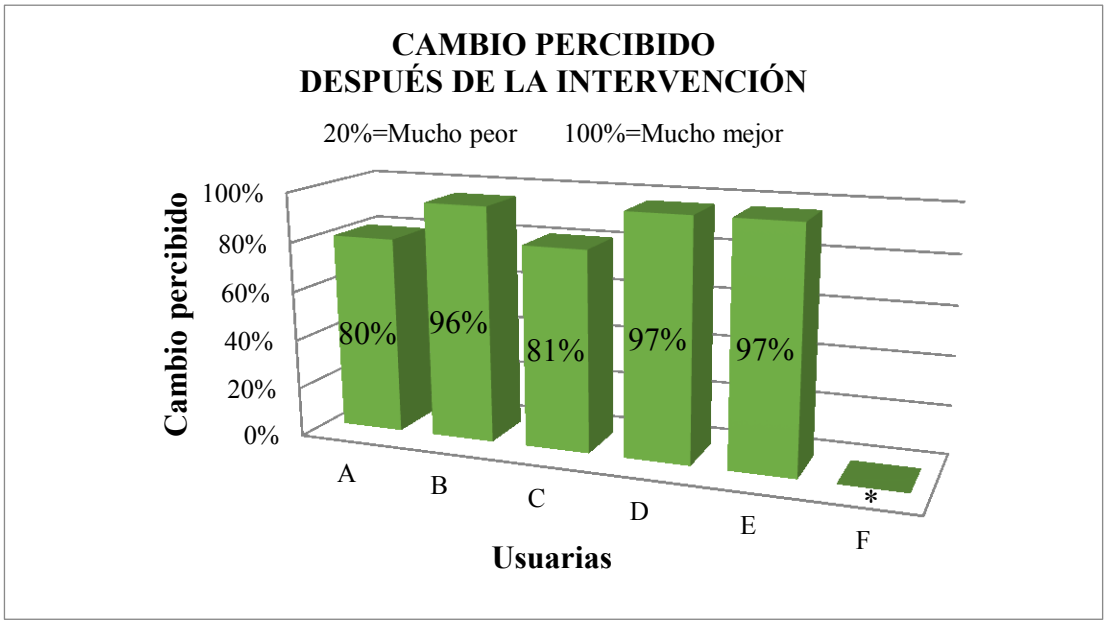
Evaluación del servicio



Fuente: Ficha de evaluación del servicio, calificado por las usuarias

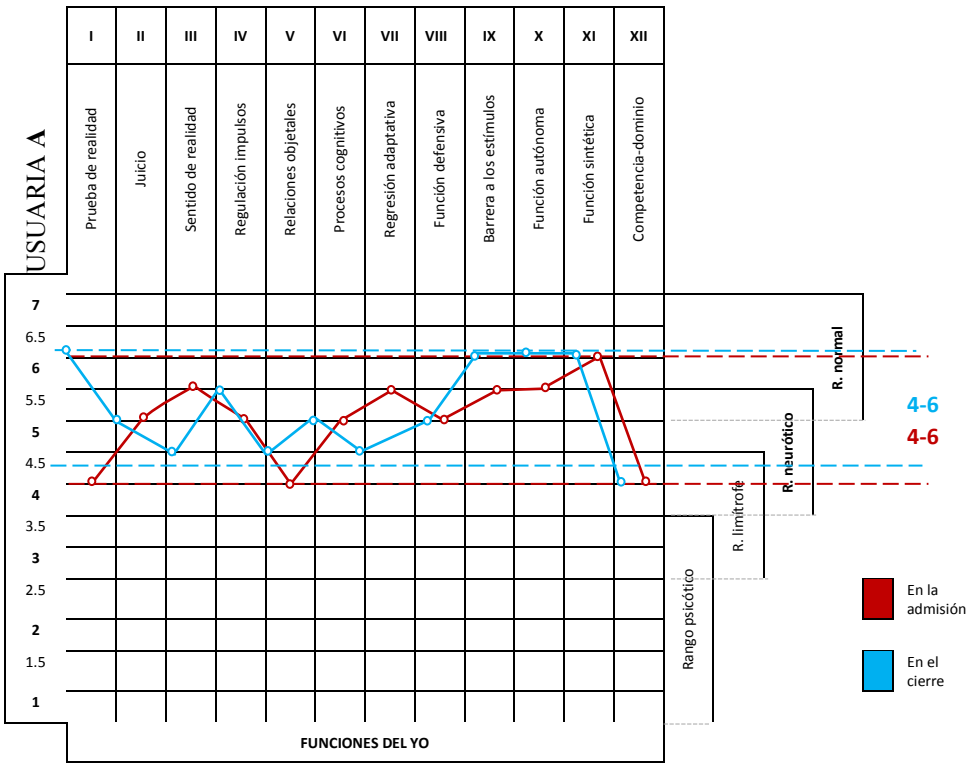
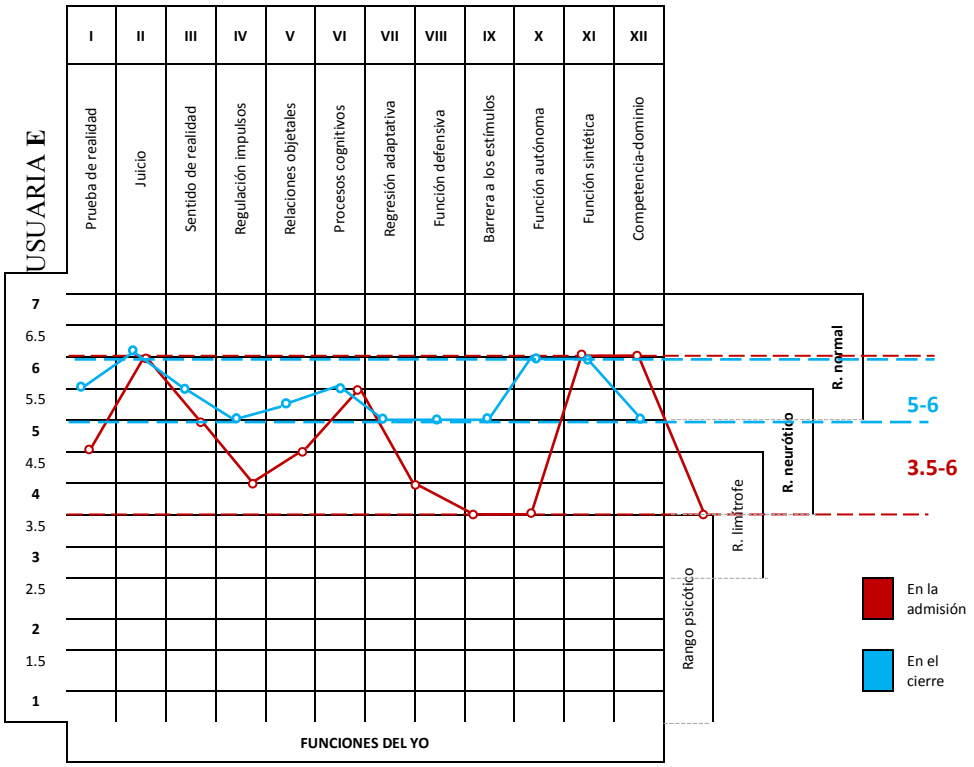
Gráfico 2

Cambio percibido después de la intervención



Fuente: Escala de cambio percibido, valorado por las usuarias

* Sin respuesta por inasistencia de la usuaria

Anexo 8. Gráficas de la EFY antes y después del tratamiento.

Ejemplos: usuarias A y E.