

Impacto de la Violencia Intrafamiliar y de Género en el Desarrollo Vital de la Mujer con Enfermedad Mental

Mónica CURY ABRIL¹
monicacuryabril@hotmail.com

Cristina MASINI FERNÁNDEZ²
masinicristina@yahoo.es

Recibido: 13/07/12

Aceptado: 22/11/12

RESUMEN

En este artículo abordamos el impacto que tiene la experiencia vital del ciclo de la violencia intrafamiliar y/o de género en las mujeres con enfermedad mental aguda o subaguda: como desencadenante de la misma y/o como elemento de mal pronóstico en la evolución de la enfermedad.

Desarrollo teórico y presentación de un caso clínico.

Palabras clave: Mujer, Violencia, Enfermedad Mental, Arteterapia, Transdisciplinariedad

Referencia normalizada

Cury Abril, M., Masini Fernández, C. (2012). "Impacto de la Violencia Intrafamiliar y de Género en el Desarrollo Vital de la Mujer con Enfermedad Mental". En *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social* Vol.7: páginas 97-114. Madrid. Servicio de publicaciones UCM.

SUMARIO

Introducción. Violencia sin registro. Vulnerabilidad y mujer. La relación como determinante biológico. Violencia intrafamiliar sostenida y Trauma. Arteterapia versus psicoterapia: Transdisciplinariedad. Presentación de caso. Conclusiones.

Impact of Domestic Violence and Gender in the Vital Development of Women with Mental Illness

ABSTRACT

In this paper we address the impact of life experience of the cycle of domestic violence and /or gender in women with acute or sub acute mental illness: how to trigger it and/or as an elemental of poor prognosis in the evolution of disease.

Theoretical development and a clinical case presentation

¹ Arteterapeuta y Psicoterapeuta. Vicepresidenta de la Federación Española de Asociaciones Profesionales de Arteterapia, Presidenta del Foro Iberoamericano de Arteterapia, Profesora del Máster de Arteterapia de la Universidad Pablo de Olavide de Sevilla.

² Psicóloga Clínica del Hospital de Día Psiquiátrico de Adultos de Vallecas. Hospital Universitario Infanta Leonor. Especialista en Psicoterapia Sistémica. Especialista en Clínica y Psicoterapia Psicoanalítica. Experta en Psicoterapia Breve.

Key words: Violence, Mental Illness, woman, Art therapy, Transdisciplinarity

CONTENTS

Introduction. Violence without registration. Vulnerability and woman. The relationship as biological determining. Sustained domestic violence and Trauma. Art Therapy versus Psychotherapy. Transdisciplinarity. A clinical case presentation. Conclusions

INTRODUCCIÓN

Este artículo recoge parte de la investigación doctoral *Arteterapia y Trauma Psíquico en la Enfermedad Mental - Un Modelo de Intervención Orientado a la Recuperación e Integración Del Trauma*³. Dicha investigación viene desarrollándose en el entorno de hospitales de día psiquiátricos de la Comunidad de Madrid desde 2006 y ha permitido acumular experiencia en la intervención con mujeres que padecen enfermedad mental aguda o subaguda. La experiencia y los datos recogidos revelan que la violencia intrafamiliar y de género sufrida por un número significativo de ellas, conlleva dificultades especiales que agravan la evolución de su enfermedad, cuando no son la simiente de la misma.

Tras la revisión de numerosos casos clínicos encontramos en sus anamnesis un factor significativo: en casi ninguno se hace mención a que hubiesen sido víctimas directas o indirectas de violencia en algún momento de su vida, hecho que en los procesos terapéuticos si se puso claramente de manifiesto. Este descubrimiento suscitó el siguiente interrogante: ¿Por qué no se hacía mención a ello?

Violencia sin registro

Informes de finales de los 80, citados por la American Journal of Psychiatric⁴, ya advertían que entre el 40 y el 60 % de los pacientes psiquiátricos tenían historias de abusos físicos y/o sexuales en su infancia, y que el 70 por 100 de los pacientes ingresados en las urgencias psiquiátricas contaban con estos antecedentes. Estos datos hicieron pensar en la conveniencia de implantar un cuestionario y entrevista clínica estructurada para detectar y cuantificar las exposiciones traumáticas en el protocolo de atención al ingreso en los Servicios de Salud Mental. Sin embargo, esto no ha ocurrido. Esta ausencia de registro de la violencia vivida en la familia, la no mención socio-sanitaria del hecho de gran impacto traumático que representa el desarrollo de un/a niño/a en una familia disfuncional y carencial, inserta en el ciclo de la violencia y muchas veces de la perversión, remite a la reflexión escrita de Judith Herman⁵: “*La reacción normal ante las atrocidades es desterrarlas de nuestra conciencia. Hay trasgresiones del contrato social que son demasiado horripilantes*

³ Mónica Cury Abril, Departamento de Didáctica de la Expresión Plástica, Programa: Aplicaciones del Arte en la Integración Social: Arte, Terapia y Educación en la Diversidad, Línea de Investigación: El Arte y La Enfermedad, Facultad de educación, Universidad Complutense de Madrid.

⁴ America Journal of Psychiatric 144: 367-379 (1987), 144: 908-913 (1987), 144: 1426-1430 (1987) y 146: 755-758 (1989)

⁵ Judith Herman, 1992, *Trauma y recuperación – Como superar las consecuencias de la violencia*, Madrid, Espasa Calpe.

como para mencionarlas en alto...” Es la sociedad en su conjunto la que deniega el horror de una realidad que cada día golpea con más contundencia, forzando su reconocimiento y su afrontamiento.

Este hallazgo, alarmante en sí mismo, confronta a la imperiosa necesidad de desarrollar recursos eficaces para la detección de la violencia en el sistema en el que vive y se desarrolla una persona, ya que es imprescindible comprender la magnitud del problema para orientar la intervención terapéutica en caso que esta fuese necesaria.

Si hay una víctima y no se detecta su condición, se la deja nuevamente sola, reconfirmando la indefensión como factor inevitable y se agudiza su dolor.

Los factores que dificultan la visualización de la violencia son muchos y se encuentran íntimamente entrelazados en nuestra sociedad, pero tres concurren de forma decisiva:

- la vulnerabilidad de la condición humana, que provoca un movimiento de resistencia a enfrentarse con el terror;
- la “normalización” de la violencia por parte de quien la padece, como algo inherente a los estilos relacionales;
- y el creer que existe un perfil típico en las mujeres víctimas de violencia conyugal, junto con un denso núcleo de creencias sobre dónde, cómo y por qué ocurren los hechos violentos. Creencias que lejos de ser “inocentes” cumplen la función de distanciar la violencia intrafamiliar de la dinámica social “normalizada”.

Sin duda para alcanzar una completa comprensión de este silencio habría que indagar sobre su arqueología. La violencia intrafamiliar no encuentra apoyo en la razón, entra en el territorio de la locura y por tanto es y ha sido temida y denegada como elemento constitutivo de la “normalidad” social. Sin embargo las estadísticas actuales arrojan datos de una alta incidencia de maltrato en la sociedad postmoderna, poniendo de manifiesto la convivencia permanente de ésta, con diferentes formas de abusos a menores, mujeres y ancianos dentro del ámbito familiar. Por ello, esta denegación sistémica reviste a toda la sociedad de complicidad, a la violencia vivida se le suma la violencia de la negación, del silencio. De esta manera se le añade al hecho traumático el elemento fundamental para que se constituya en enfermedad: la negación de su realidad al sujeto abusado y/o maltratado.

VULNERABILIDAD Y MUJER

Cualquier mujer puede llegar a ser víctima de violencia de género, pero para que eso ocurra y se mantenga en el tiempo, es necesaria la existencia de una vulnerabilidad previa.

Marie-France Hirigoyen⁶ habla de dos tipos de vulnerabilidad en las mujeres: una es de carácter social y otra psíquica. Tener presente estos parámetros resulta de estimable utilidad a la hora de detectar casos de violencia hacia la mujer.

La vulnerabilidad social, deviene del papel que ocupan las mujeres en la sociedad. Desde hace siglos se les confina a la esfera privada, reservándoles el rol de cuidadoras de la familia y responsables del éxito de la pareja. Para la mujer reconocer el fracaso de su pareja es asimilable a decir que ha fracasado en la empresa principal que la sociedad le había encomendado. Este escenario allana el terreno a situaciones de violencia del hombre hacia la mujer, y hace comprensible que la mujer escoja el camino del silencio, la ocultación y el aislamiento. Por esto mismo, los avances sociales en cuanto a los derechos de las mujeres y su inserción en el mundo laboral son insuficientes para acabar con la violencia de género.

Esta realidad ha propiciado la existencia de desigualdades, privilegios y un orden establecido culturalmente, sostenido en la falsa presentación de un orden natural. Pierre Bourdieu⁷ escribía: *siempre he visto en la dominación masculina, y en la manera como se ha impuesto y soportado, el mejor ejemplo de aquella sumisión paradójica, consecuencia de lo que llamo violencia simbólica, violencia amortiguada, insensible, e invisible para sus propias víctimas...* y plantea la necesidad de denunciar los procesos responsables de la transformación de la historia en naturaleza, y de la arbitrariedad cultural en “natural”. El *poder hipnótico de la dominación*, como lo denominaba Virginia Wolf, hace referencia a esa violencia que discurre por los caminos alegóricos de la comunicación y que se hace invisible a las víctimas.

En su *Historia de la Locura* Michel Foucault ya observaba que el lenguaje discursivo es para quienes tienen el poder, siendo en sí mismo un medio de ejercerlo. El silencio queda así asignado a los sometidos, hasta generar la ausencia que construye la locura. Históricamente la mujer fue asignada al silencio y urge encontrar un sistema que no la silencie, que le permita ser escuchada y trascender el sojuzgamiento histórico social.

La dominación es en sí una violencia que antecede a las formas visibles de la violencia. Desde una perspectiva sistémica sabemos que para que exista abuso debe darse una relación asimétrica entre las partes implicadas. Cuando observamos situaciones de violencia, siempre lo que está en juego es el poder. Primero, se dan microviolencias que dejan a la víctima confusa, a las que poco a poco se va habituando; perpleja y sin palabras padece sin identificar los motivos de su sufrimiento, y aquello que no se nombra permanece en la sombra.

La vulnerabilidad psicológica hace referencia a la mayor propensión de ser víctima de violencia conyugal y aquellas mujeres que en su infancia sufrieron algún tipo de maltrato se encuentran inmersas en esa vulnerabilidad silenciada. Marie – France Hirigoyen postula que existe una pérdida de defensas que debilita a la per-

⁶ Marie-France Hirigoyen⁶, 2006, *Mujeres maltratadas – Los mecanismos de la violencia en la pareja*, Ediciones Paidós - Colección Contextos, Madrid

⁷ Pierre Bourdieu, 2003, *La dominación masculina*, Anagrama, Barcelona.

sona a raíz del trauma. Muchos son los especialistas que concuerdan con que el trauma infantil es semiente de futuras situaciones de violencia y maltrato, al mismo tiempo que concluyen en que detrás del actual maltratador se ocultan casi siempre los maltratadores de la infancia.

El abusador inyecta en lo más profundo de la víctima una “semilla de maldad” que la maltratada asume como propia. Esta semilla se siembra tanto en la víctima como en el agresor/a en los primeros años de la vida y da fruto en la adolescencia de forma activa, concretándose unos en la posición del/a agresor/a y otros/as de forma silenciada consolidándose en el sometimiento. Si se han grabado memorias de crueldad y de violencia, aún sin saberlo, se ha iniciado su aprendizaje en el/la niño/a receptor/a. No sólo se han grabado recuerdos dolorosos en la memoria, se ha sembrado y abonado el campo de la violencia de género y la violencia doméstica. La escasa autoestima, la urgencia por llegar a sentirse necesarias para alguien a fin de reparar la herida, las convierte en sumisas y presas fáciles de maltratadores. El ciclo de la violencia se ha iniciado.

Estas hipótesis sobre la vulnerabilidad de las mujeres, tanto a nivel social como psíquico, también las validan estudios realizados tras los atentados del 11-S en Nueva York y del 11-M en Madrid. Según Manuel Trujillo⁸, catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Nueva York y director del servicio de Psiquiatría del Hospital Bellevue de esa capital, la mayor prevalencia de género se basa en cuestiones fisiológicas y psicosociales. Desde el ámbito psicosocial vienen determinadas por el rol de la mujer de cuidadora de la familia que históricamente ha desarrollado. Este rol, le ha conferido *mayor desarrollo del sistema neurobiológico denominado sistema del apego y la vinculación*, que precisamente *es el que se rompe en las situaciones dramáticas y de estrés*. Es este mayor desarrollo, esta mayor sensibilidad la que también aumenta el nivel de sufrimiento, por ello *la vulnerabilidad de la mujer a sufrir un síndrome de estrés postraumático, causante de ansiedad o depresión, es el doble que en el varón*.

A esta vulnerabilidad propia de la mujer, se le suma la generada a todo ser humano tras vivir situaciones de violencia doméstica, maltrato infantil, abusos físicos y/o sexuales, graves accidentes, etc. Según V. Van der Korlk⁹, especialista en psicotraumatología, *Los acontecimientos traumáticos pueden alterar de forma temporal o definitiva la capacidad de afrontamiento, la percepción de amenaza biológica y el concepto de sí mismo del ser humano*.

También la Teoría de la Vulnerabilidad desarrolla un modelo multifactorial de comprensión de la enfermedad mental, en el que se combinan causas biológicas y ambientales. Desde esta visión se observa que el curso de una patología, su expresión sintomatológica y los factores pronósticos se ven alterados por la existencia de

⁸ Manuel Trujillo, en el X Congreso Nacional de Psiquiatría, Sevilla, 2006. “La vulnerabilidad de la mujer ante el estrés postraumático duplica al varón”.

⁹ Van der Korlk, V., 2002, “Trastorno de estrés post-traumático y la naturaleza del trauma.”, Revista de Psicotrauma para Iberoamérica, vol. I, pág. 6, Bs. As. Argentina, Editorial D. L. Mosca y E. H. Cazabat.

antecedentes estresantes, violentos o traumáticos vividos con anterioridad por la persona. Un número significativo de personas con trastorno mental grave, refieren haber tenido experiencias traumáticas.

La capacidad del cerebro de crecer, organizarse y funcionar en respuesta a experiencias ocurridas durante el desarrollo, muestran que el mayor modificador de toda la conducta humana es la experiencia. Es la experiencia, y no la genética la que produce los factores neurobiológicos críticos asociados a la violencia. Un error común que se comete, según Perry B.D. (1997)¹⁰, al examinar la “neurobiología” de la violencia es asumir la existencia de una diferencia genética, un rasgo neurobiológico, un marcador bioquímico (serotonina o CSF 5-HIAA), que pueda aparecer alterado en una población violenta. De ser así, los individuos violentos lo serían en todos los ámbitos, y sin embargo, la experiencia muestra que la gran mayoría de los hombres que maltratan a sus parejas no se comportan violentamente fuera de ese ámbito privado.

La relación como determinante biológico

No hay determinante “biológico” más específico que una relación. Como explica Savater¹¹ la humanidad plena no es simplemente algo biológico... Nuestra humanidad biológica necesita una confirmación posterior, algo así como un segundo nacimiento en el que por medio de nuestro propio esfuerzo y de la relación con otros humanos se confirme definitivamente el primero.

Es lo que en antropología llaman “neotenia”, es precisamente de esa inmadurez con que nace el hombre de donde surgen sus posibilidades, su libertad para terminar de construir su identidad, pero también su vulnerabilidad.

Los seres humanos se desarrollaron como animales sociales y la mayor parte de la biología del cerebro está dedicada a mediar esas complejas interacciones; las primeras relaciones de cuidado durante la infancia y niñez, son las que terminan de configurar la organización neurobiológica medular del individuo, permitiéndole así una increíble especialización social.

Son muchas las pruebas a favor de la existencia de variables bio-psico-sociales en el establecimiento de la violencia y de la influencia de las experiencias traumáticas tempranas en el posterior desarrollo de la violencia de pareja. Como refiere Luis Rojas Marcos en su libro “Las Semillas de la Violencia”, el ser humano puede ser violento pero no cruel por naturaleza. La crueldad se aprende y nuestra sociedad no sólo la tolera, sino que glorifica a personajes que han utilizado la crueldad como medio de resolución de conflictos.

Dentro de la población de las pacientes que acuden a los servicios de salud, se observa que casi nunca lo hacen por síntomas directamente relacionados con estas experiencias, nunca es la demanda manifiesta. Por lo que se vuelve urgente e irrenunciable desvelar a través de la sintomatología el secreto al que no se le pone pa-

¹⁰ Según Perry, BD, 1997, *Incubated in Terror: Neurodevelopmental Factors in the 'Cycle of Violence'* In: Children, Youth and Violence: The Search for Solutions (J Osofsky, Ed.). Guilford Press, New York, pp 124-148, - Traducido con permiso del autor por Alma Collazo y Edgar Rivera

¹¹ Fernando Savater, 1997, “El valor de educar”, Ed. Ariel, Barcelona.

labra. Las víctimas de maltrato de género suelen plantear demandas a través del cuerpo. Habitualmente presentan síntomas tales como falta de energía o fatiga, sensaciones de ahogo, opresión torácica, mareos y vértigos, miedo a morir, parestesias, etc., síntomas habitualmente tratados como crisis de angustia, que muchas veces evidentemente los son, que se tratan con ansiolíticos y antidepresivos. Paradójicamente, este tipo de tratamientos, aplicados desde la invisibilidad de la situación de violencia, muchas veces por el propio ocultamiento de quien lo padece, deja a la víctima, en el mejor de los casos, más dócil y sumisa para seguir soportando el maltrato. Esto refuerza la importancia y la necesidad de crear nuevos protocolos de detección que hagan visibles los casos más silentes.

Cuando la afectación de la mujer reclama una atención psicopatológica especializada, se manifiestan los siguientes cuadros: trastornos del estado de ánimo, habitualmente distimias, autolesiones, ideas persistentes de suicidio, episodios disociativos, desrealización, despersonalización, experiencias revividas de forma intrusiva propias de los trastornos por estrés post-traumáticos, sentimientos irreductibles de vergüenza y culpa, alteraciones en las relaciones con otros, aislamiento, etc.

En definitiva, presentan una personalidad fragmentada, pues los traumas no resueltos generan déficits profundos en la integración de las experiencias.

Parafraseando a Boris Cyrulnik¹² diríamos: *Los fantasmas son merodeadores que, mucho tiempo después de la muerte del acontecimiento, pueden surgir, transportados en nuestro equipaje y en nuestra herencia.* Son estos espectros los que transmiten directamente el traumatismo. Él sostiene que “la adaptación emocional no es sólo una manera de defensa psicológica, sino también un modo de reacción biológica adquirida. Después de una agresión la metamorfosis es biológica, se produce una huella mnémica biológica que imprime al herido una manera de sentir y responder al mundo. Esta herida vuelve al que la tiene hipersensible ante cualquier infortunio, por pequeño sea, si éste le recuerda la agresión mayor.

Violencia Intrafamiliar Sostenida y Trauma

Todo este análisis pone de manifiesto los tres *aspectos centrales del trauma*, que conforman el núcleo de las experiencias de violencia intrafamiliar y de género:

- a) Su especial invisibilidad, tanto para quien la padece como para la sociedad en general.
- b) Su carácter amnésico.
- c) Su enorme dificultad para ser verbalizado: La experiencia traumática, como decíamos, aparece frecuentemente en forma de imágenes o experiencias sensoriales dispersas que dificultan, al tiempo que atormentan, la construcción de un relato coherente del hecho traumático.

Ahora bien, si la invisibilidad y la dificultad de expresión afecta al conjunto de las víctimas, en el caso de mujeres con enfermedad mental estos obstáculos se agudizan penosamente. A la falta de confianza en sí mismas y en sus percepciones, se

¹² Boris Cyrulnik, 2001, “La maravilla del dolor. El sentido de la resiliencia”, Ed. Granica, Barcelona.

le suma el recelo y minusvaloración con que la sociedad suele mirar a estas mujeres. Trauma sobre trauma, se confirman así sus peores pesadillas, y quedan despojadas ante el abuso.

El relato sobre la violencia padecida es difícil de desvelar y sólo llega después, en algún momento de la terapia, tras haber recuperado la confianza en alguien que es capaz de acoger, escuchar, comprender y permanecer. Si el material traumático está dormido en una laguna amnésica, empieza entonces a aflorar a través de imágenes intrusivas, fantasías o sueños que crean perplejidad, extrañeza, son recuerdos impresos a nivel sensorial, sin elaboración cognitiva, que pugnan dolorosamente por emerger a la conciencia.

En esos momentos urge contar con conocimientos específicos, recursos técnicos y un abanico de abordajes terapéuticos posibles capaces de adaptarse a la especificidad de cada mujer, a fin de facilitarle el tránsito hacia el reencuentro con una parte de sí misma que puja por salir a la luz, ser recogida, comprendida, y tratada con ternura. Pues sin la incorporación de aquellos sucesos el ser queda ajeno a sí mismo, sin poder integrarse ni plantarse en un sí mismo saludable. El presente surge del horizonte de un pasado, pero el porvenir no está clausurado por ese pasado. Siempre hay un futuro por construir.

Arteterapia versus Psicoterapia: Transdisciplinariedad

Es entonces cuando “la creatividad”, debe ser invocada para asistir al paciente y a los terapeutas que le atienden, para reparar lo dañado, integrarlo de forma original e impulsar nuevas adaptaciones. La creatividad es la herramienta por excelencia para transmutar lo doloroso en fuerza vital, es factor de resiliencia. El móvil de la creatividad es la tendencia del ser humano a concretar su potencial, es la llave hacia la resolución de los conflictos. La intervención terapéutica cobra sentido a partir del momento en que favorece el desarrollo de la capacidad creativa y expresiva de un sujeto para posibilitar el cambio. La creatividad, en sí terapéutica, trabaja con el reservorio de salud que hay en la persona. Según Carl Rogers¹³, existe una confianza en el impulso humano que se orienta en la dirección del crecimiento. Cada individuo posee una habilidad inherente para encontrar las respuestas precisas y correctas cuando se nutre de un ambiente de cuidado no posesivo, con escucha empática, apertura y honestidad.

Utilizar el arte en terapia y el arte de la terapia es siempre un medio y no un fin en sí mismo, un medio que permite a la mujer recuperar el contacto con sus emociones, muchas veces reprimidas, y le facilita su exteriorización como paso previo al afrontamiento y posterior resolución.

En este marco es donde se ancla el trabajo conjunto que venimos desarrollando con un grupo de pacientes con patología severa, especialmente cuadros psicóticos, depresiones resistentes y trastornos graves de la personalidad. Son ellas, a través de su implicación espontánea con este modelo de intervención, las que consolidan la integración de los diferentes enfoques terapéuticos que se brindan en el Hospital de

¹³ Rogers, Carl R., 1981, *El proceso de convertirse en persona*, Paidós, Barcelona.

Día Psiquiátrico. Cada área profesional en sí, no es más que un medio facilitador, un suelo, una tierra con su composición característica, que permite a las pacientes obtener distintos nutrientes. Es absolutamente necesario entender que tal posibilidad surge a su vez del buen ensamble del arteterapia con el equipo multidisciplinar, conformando una interrelación dinámica de diferentes terapias con potencia que facilitan la deconstrucción y reconstrucción de cada identidad individual. Diferentes miradas que se brindan al paciente y le devuelven a su unidad inicial.

A medida que se fue evolucionando y profundizando en las intervenciones, las obras de los pacientes se transformaron en metáfora dotada de contenido intrapsíquico, convirtiéndose en vehículo para la aproximación y posterior elaboración de la fragmentación identitaria.

Desde el arteterapia se puede trabajar en dos niveles: uno, básico, previo a la palabra, que facilita la salida del material intrapsíquico, para luego ser recogido y elevado a nivel cognitivo, haciendo viable la comprensión de los conflictos y facilitando la construcción de nuevas narrativas más adaptativas y compatibles con la vida. La imagen, desde su propio carácter constitutivo de hacer visible lo invisible, por su fuerza simbólica y su carácter alegórico, puede ser sin duda un elemento terapéutico que colabore activamente en la recuperación de la persona traumatizada.

En el espacio de la psicoterapia individual las pacientes exploran y amplían el conocimiento de sí mismas y de su realidad, recuperan y fortalecen sus recursos internos, elaboran emocional y cognitivamente sus conflictos y se transforman así en arquitectas de un sí mismo sintónico donde habitarse con salud y en armonía con el entorno. En este proceso de integración de su identidad y de adaptación al ecosistema del que forman parte, la terapia grupal que se les brinda, las apoya y las sujeta, potencia su participación y reintegración a la vida social. El grupo, dentro del Hospital, actúa como una matriz que cobija y valida positivamente a sus miembros y les prepara para el reencuentro con el mundo externo del que se habían quedado marginadas por la violencia intrafamiliar y la violencia de género.

PRESENTACIÓN DE UN CASO

Se ha seleccionado este caso por su carácter paradigmático y clarificador que permite visualizar el efecto de la violencia a través de tres generaciones y por la capacidad de elaboración y comprensión de la paciente sobre las circunstancias que le tornaron susceptible de ser víctima de la violencia intrafamiliar primero y de género después.

Se trata de una mujer de 34 años de edad, separada, que convive con su único hijo de 10 años en tratamiento psiquiátrico por T. de la Conducta. Se encuentra desempleada y su familia de origen, único apoyo en la actualidad, también presenta un entramado complejo y sintomático. Su madre de 62 años con sintomatología ansiosa-depresiva; su padre un hombre violento; dos de sus 5 hermanas en tratamiento por depresión e intentos autolíticos y su único hermano varón consumidor de cocaína. Su historia sentimental no ha sido una vía de sostén, sino más violencia. Sus ex-parejas han sido, según ella misma relata, maltratadores.

Tanto por los distintos diagnósticos recibidos hasta el momento en que se tomó contacto con la paciente, como por la falta de sintonía entre el relato y su afectividad, se observó la existencia de un cuadro psicopatológico complejo que reclamaba un intenso y comprometido abordaje para acercarse a su padecer y encontrar la vía de intervención específica.

La intervención se desarrolló a lo largo de 13 meses en un Hospital Psiquiátrico de Día de la Comunidad de Madrid en el que se lleva a cabo, integrado con el equipo multidisciplinar, un proyecto de arteterapia específico sobre trauma que posibilita la investigación de la que forma parte este artículo.

La paciente llega con una larga historia psiquiátrica a través de la cual fue siendo objeto de distintos diagnósticos: Trastorno psicótico sin especificar, TP cluster B o C, Esquizofrenia paranoide. Tras varios intentos de suicidio, el primero a los 18 años después de un IVE (Interrupción voluntaria del embarazo) forzado por la madre.

El cuadro sintomatológico al ingreso es ansioso-depresivo, con marcado aplanamiento emocional, baja autoestima, ideación suicida no estructurada y constante sintomatología delirante autorreferencial.

Hasta aquí, una imagen en blanco y negro construida letra a letra, palabra a palabra, con significados rigurosos que hablan de cronicidad y escasa esperanza, que hablan de una vida silenciada, soportada en la bifurcación entre el delirio como sostén de la vida y el suicidio como último recurso defensivo.

Su imagen..., la imagen de un silencio que sostiene lo indescriptible, aquello que no encuentra en las palabras, suficientes vocablos que le representen. Su mirada, esquiva y a la vez penetrante, sin esperanza, sin reclamo. Su cuerpo vencido sin registro de sí mismo, sin señal del deseo por el otro. No hay rechazo ni resistencia, su figura de apego es el delirio, imposible el vínculo.

.... ¿qué hacer?

.... ¿cómo acercarnos?

.... ¿cómo crear un otro posible para ella?

.... ¿acaso siquiera era posible?

Iniciamos la intervención respondiendo a los objetivos planteados por el equipo del HDP, estabilización clínica, contención de la ansiedad, análisis y diagnóstico diferencial y reestructuración yoica.

El cuadro clínico psiquiátrico se ajustaba al diagnóstico de Esquizofrenia paranoide, pero su historia vincular, el eje central sobre el que pivotaba la desestructuración yoica de la paciente, era la presencia de un ciclo interminable de violencia intrafamiliar desde su primera infancia, elemento de vulnerabilidad constituido desde el maltrato y la carencia afectiva y social. Esta valoración permitió elaborar una intervención específica. Intervención que en principio requería de la creación de un vínculo terapéutico muy potente, difícilmente probable de alcanzar ante la extrema dificultad vincular de la paciente. ¿Cómo acompañar a la paciente a la revisión de su historia para una posible resignificación que le permitiese una posición más adaptativa para ella en la vida? y ¿cómo al mismo tiempo posibilitase ejercer su rol de madre de manera eficaz dando la protección necesaria a su hijo que ya parecía sentenciado a la repetición y del que le era absolutamente imposible diferenciarse?

La intervención complementaria del arteterapia abrió una nueva vía. La imagen plástica y la escritura permitieron desvelar una parte de la paciente desconocida. Ese tercer elemento, definitorio y constitutivo del arteterapia, que es la obra le permitió dialogar con el delirio e iniciar desde su vínculo con él la revisión de su historia vital. En una secuencia de imágenes descriptivas de su biografía, entrelazadas con imágenes abstractas descriptivas de sus emociones pudo alcanzar la comprensión de lo ocurrido con tal lucidez, que poco teníamos que agregar a sus palabras, pensamientos, reflexiones y análisis críticos realizados en sus escritos. Esta nueva posibilidad vincular que surgió para ella con la obra abrió paso lentamente a la creación del vínculo terapéutico con la psicóloga clínica, permitiendo una intervención psicoterapéutica donde poder trabajar todo el material intrapsíquico que afloraba en las sesiones de arteterapia. Así se fue constituyendo de forma articulada una intervención transdisciplinaria perfectamente acompañada que generaba día tras día una evolución significativa y positiva para la paciente. El trasvase mutuo de la información, consentido por la paciente y la confluencia de posiciones terapéuticas y objetivos fueron fundamentales para abordar las dificultades y complejidad del cuadro psicopatológico.

Este caso, claramente representativo de cómo los ciclos de violencia intrafamiliar sostenido en el devenir generacional inevitablemente devienen en el desarrollo de graves patologías mentales, es únicamente abordable desde la comprensión y la amplitud posibilitadora de un proceso terapéutico profundo y continuado. La violencia una vez se hace presente en la unidad familiar, se perpetúa adoptando distintas formas que podemos desvelar en la indefensión de un niño, en la sumisión de las mujeres o en la agresividad de los varones. La violencia intrafamiliar se constituye en el germen indiscutible de la violencia de género.

No es nuestra intención, porque no es posible, la presentación completa de este caso por su extensión y por la enorme producción de obra y escritos de la paciente. Sin embargo hemos seleccionado siete obras claves que describen con total nitidez la potencia destructora de la violencia intrafamiliar en toda su desnudez. Seis imágenes para tres generaciones de personas violentadas. Seis imágenes y el brillo de una inteligencia atrapada en la lucha entre la vida y la muerte.

Os dejamos ahora con ella, con su obra, con su pensamiento....

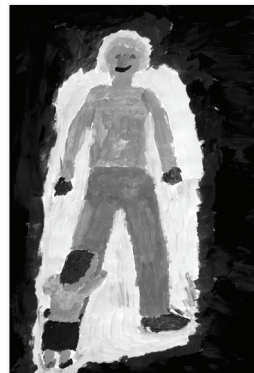
Imagen 1

29-09-09

“Inicio de enfermedad. Personificación de mis delirios”.

“Niña carente de afecto que en su imaginación construye delirios para consolarse. Son delirios buenos porque consuelan y te mantienen vivo pero están dentro de la enfermedad”.

Desde una estructura de apego altamente desorganizada, construye en el delirio una figura de apego que le permite la supervivencia al dotarse de una matriz protectora. Función compensadora de la fantasía autista.



Este movimiento interno habla de los recursos de la paciente desde pequeña.

Imagen 2

05-05-10

“Sangrar por dentro”

“Cuando siento gritos y agresividad a mi alrededor en lugar de luchar y poner las cosas en su sitio me encierro en una burbuja y comienzo a sangrar por dentro, es la sensación física del miedo. Cuando no hay gritos ni agresividad “quiero” muchísimo, cuando hay gritos y agresividad siento pánico, me bloqueo y “odio muchísimo” porque estoy asustada”.



Esta actuación defensiva (el delirio) y por lo tanto adaptativa en la infancia, ante la ausencia de una figura externa real depositaria de esa pulsión afectiva, se consolida dando lugar a una respuesta patológica.

07-04-10

“La base del ser humano, lo natural es que nazcamos en una especie de arco iris donde se desenvuelve nuestra vida de una forma saludable”.

“Depende del ambiente en que crezcamos ese arco iris se puede transformar en el color blanco que representa los delirios y la entrada a un mundo fuera de lo real. Abusar del color blanco nos lleva al color rojo que es la locura”.



Imagen 3

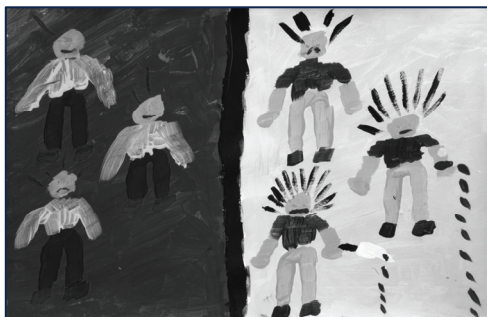
19-05-10

“Hijo enfermo por la división familiar”

“La relación madre-hijo-abuelos es muy contradictoria. La madre dice blanco, la abuela negro y el abuelo morado. En una relación basada en un triángulo que no es homogéneo con opiniones tan contradictorias entre sí, que el niño actúa como una olla expres a punto de estallar; empiezan así sus provocaciones, su ira descontrolada y su aparente doble cara y por una parte detallista y amable y por otra muy agresivo. El caos que reina en su cabeza es brutal. De mayor será una persona explosiva que pagará su caos con las personas que tenga más cerca. La familia le ha marcado”.

A través de la revisión biográfica que va haciendo la paciente comprende la importancia de las dinámicas familiares en la gestación de las patologías y es capaz de percibir los efectos de la misma ya presentes en su hijo. El desconcierto y la imprevisibilidad de la actuación de los cuidadores se cristaliza en una falla de la estructura identitaria, que la paciente refleja en la imagen. En la presentación verbal de la paciente de la escisión como “doble cara” hay una lectura reprobatoria de la conducta de su hijo, asignándole responsabilidad de aquello de lo cual es víctima. Este movimiento le remite a la repetición del modelo defensivo de sus padres, desde el cual, niegan la enfermedad de su hija asignándole una falta de sentido y capacidad para resolver su vida.

Imagen 4



23-05-10

“Estrés – suicidio – Asesinato”

“Una persona en mi estado puede hacer con bastante facilidad una tarea, y estar contenta, incluso dos actividades o más, pero sin estrés. Cuando el estrés aparece, comienzan las malas caras, la rigidez, y la tensión se dispara, llega un punto en que o bien se suicida porque no puede más la presión o incluso en una situación violenta puede agredir a alguien de forma fatal”.

La paciente se presenta ante el ciclo de la violencia; si ésta no se detiene quedan dos caminos posibles, la autodestrucción o la destrucción del otro. Los efectos del abandono emocional y la exposición a la violencia crónica en la niñez generarán la predisposición a la violencia. Para adaptarse a un medio hostil, el sistema nervioso se desarrolla para dar respuesta a la necesidad de alerta constante, y se volverá sobreactivo, funcionando como un radar que se colapsa en momentos de excesiva tensión. A su vez, esta es la causa de que tantas pacientes como ésta, presenten síntomas de autorreferencialidad e hipersensitividad.

Imagen 5

09-06-10

“Vampirismo emocional”

“Relación de pareja que comienza normalmente pero que en su segunda fase comienza a desarrollar una relación patológica donde mi pareja me absorbe toda la energía y me va debilitando destruyendo mi autoestima utilizandome para su beneficio en todos los sentidos (relaciones sexuales)



sádicas, sirveinte en casa, no me deja tiempo libre...)

En la tercera fase me separo de mi pareja quedandome en tal estado de sufrimiento que enfermo”.

La paciente, nuevamente a través de la revisión de su historia, alcanza la comprensión del proceso de destrucción identitaria sufrida en la violencia de la pareja. Esta comprensión abre un interrogante angular: ¿por qué permaneció en esa situación de indefensión? Esta pregunta particularmente sensible le remite su mirada a un pasado violento en el que el aprendizaje de la indefensión quedó fijado y le inhibe actualmente toda defensa. Este aprendizaje no permite trascender la dinámica relacional fijada desde los inicios y la lleva a la repetición de la invisibilidad como defensa.

Imagen 6

16-06-10

“Sufrimiento + agresividad = delirios”

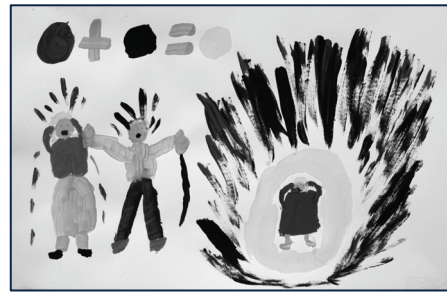


Imagen 7

23-06-10

“Las historias se repiten”

“Hacerse respetar y saber decir que no a tiempo es la solución”.



Decir no, es salir de la invisibilidad y la indefensión. Fundar un yo, un sí mismo.

Esta obra es una “síntesis guiada” que realiza la paciente al final de su andadura terapéutica.

En ella realiza una presentación secuencial del ciclo de la violencia en su propia historia. Para llegar a esta comprensión hizo falta una implicación total por parte de la paciente y un trabajo

terapéutico intenso y diverso. En esta obra la paciente inicia el trabajo con la imagen de la violencia observada entre sus progenitores y su consecuente respuesta defensiva de aislamiento. A continuación, se representa ya mayor en la relación de violencia con su pareja que deriva, en la representación de sí misma sola y enferma descartando su propia agresividad como respuesta a un sentimiento de incapacidad

e impotencia para afrontar las exigencias de una crianza y establecer un vínculo de amor y cuidado con su hijo, la misma violencia que recibió en su infancia. Desde esta comprensión toma conciencia del grave riesgo para el futuro de su hijo: “De mayor será una persona explosiva que pagará su caos con las personas que tenga más cerca. La familia le ha marcado.”

En este punto cuando la intervención planteaba la concreción de unos primeros objetivos y abría la posibilidad del inicio de una nueva fase abocada a la ruptura del ciclo de la violencia, la concreción de los tiempos inhibe la posibilidad de su abordaje y la paciente evita ser la protagonista de una repetición al infinito de violencia doméstica, apartándose del hijo. Movimiento que desde el ámbito consciente intenta proteger al hijo pero que paradójicamente le remite al centro y origen del ciclo de la violencia familiar al entregarle a sus padres la custodia de su hijo. No es justo asignarle tanta responsabilidad a la paciente sin hacer mención a las limitaciones que el sistema socioeconómico tiene. Y que en este caso no pudo ejercer la protección y prevención deseable para el niño y la madre.

Cerramos este caso con una reflexión de la propia paciente:

“Para escapar de ahí se crean los delirios. Por eso yo tengo una duda muy grande: las personas creamos la enfermedad mental. Por tanto la enfermedad mental no es crónica...”

Esta es una mirada esperanzadora, porque entiende que aquello que fue construido por los vínculos fundantes en un momento determinado, es factible de ser modificado. Otro vínculo ha de erigirse en la potencia que posibilite el rescate, la reconstrucción de la confianza devolviendo la capacidad de explorar y transitar por el mundo para encontrar una nueva manera de enlazarse a la vida.

Y es posible, lo sabemos, pero para su concreción se debe trabajar en el desarrollo de un sistema de intervención capaz de desvelar y asumir el complejo entramado que construye la violencia intrafamiliar, la violencia de género y desde allí estructura, tanto desde el ámbito socioeconómico, educativo y sanitario, los recursos necesarios para la atención prolongada que requieren estos casos. La reconstrucción identitaria es un proceso que requiere una exhaustiva revisión biográfica que permita su resignificación, deconstruyendo paso a paso, y con exquisito cuidado, las estructuras defensivas ya obsoletas en pos de la construcción de un sí mismo coherente y sintónico con la persona deseante”.

Este caso es claramente representativo de cómo los ciclos de violencia intrafamiliar sostenidos en el devenir generacional inevitablemente se asocian con el desarrollo de graves patologías mentales, únicamente abordables desde la comprensión y la amplitud posibilitadora de un proceso terapéutico. La violencia, una vez se hace presente en la unidad familiar, se perpetúa adoptando distintas formas que podemos desvelar en la indefensión de un niño, en la sumisión de las mujeres, en la agresividad de los varones. Esto confronta con la urgencia de abordar de una forma global la violencia intrafamiliar como germen indiscutible de la violencia de género. Es preciso decir que en la mayoría de los casos aunque se encuentra la presencia de la violencia transgeneracional como factor relevante en las mujeres con enfermedad mental, en muy pocas pacientes se mantiene la capacidad de revisión, comprensión

y resignificación que ésta paciente ha revelado. Esto, no sólo no va en detrimento de planteamiento sobre la imperiosa necesidad de desarrollar un protocolo de detección en los Servicios Sociales y de Salud, sino que lo refuerza dada la enorme dificultad de las pacientes en verbalizar las experiencias traumáticas sufridas.

CONCLUSIONES

1. La normalización de la violencia intrafamiliar enajena a la mujer del sentido de su dolor y la condena a la repetición de la cosmogonía familiar. Todo lo fundado, lo es en el origen.

2. La violencia de género transgeneracional ilustra el peso de los valores vigentes en el reparto de poder social y da razón del lugar de sometimiento al que queda relegada la mujer.

3. Así mismo, se debe abordar la conducta de todos los actores implicados en la dinámica violenta, para avanzar hacia la reparación y restitución de la mujer a un rol dentro de la sociedad que la dignifique y le permita el desarrollo de sus potencialidades. No es lícito señalar a la víctima como única responsable de su situación, hay que abordar el problema de la responsabilidad de los miembros restantes del sistema familiar. Para modificar la estructura y funcionamiento de estos sistemas es necesario abordar las conductas, creencias y posiciones relacionales de todos sus miembros.

4. En circunstancias de extrema carencia afectiva en edades tempranas, el delirio se construye como figura de apego otorgando la protección necesaria para la supervivencia.

5. Otra constante significativa, es que aquello que fue construido por los vínculos fundantes en un momento determinado es factible de ser modificado. Requiere la consolidación de un nuevo vínculo de potencia equivalente a los vínculos primigenios, como puede ser el vínculo terapéutico.

6. Por otra parte, queda definida la dificultad diagnóstica por la invisibilidad de lo traumático: la fragmentación, la pérdida del recuerdo y la terrible tradición de ocultar y silenciar los conflictos intrafamiliares.

7. La experiencia demuestra que para avanzar en la reconstrucción identitaria deben concurrir, junto con el vínculo terapéutico, en primer lugar, un sistema de intervención eficaz que permita detectar el hecho traumático y visualizar la complejidad generada desde la violencia intrafamiliar y de género; en segundo lugar, un dispositivo de atención prolongada donde la paciente pueda revisar, resignificar y elaborar su historia personal. Por último, para concretar y consolidar la reconstrucción identitaria, es requisito indispensable la confluencia de recursos socioeconómicos y educativos.

8. Los ciclos de violencia intrafamiliar sostenidos en el devenir generacional, inevitablemente devienen en el desarrollo de graves patologías mentales.

9. La violencia, una vez que se hace presente en la unidad familiar, se perpetúa adoptando distintas formas que se pueden reconocer en la indefensión de un niño, en la sumisión de las mujeres, o en la agresividad de los varones. Esto con-

fronta con la urgencia de abordar de una forma global la violencia intrafamiliar como germen indiscutible de la violencia de género.

La violencia, es ante todo un ataque a la salud mental, porque toda violencia es ante todo psicológica. Cuando la violencia padecida es de género, las mujeres quedan atrapadas por los estereotipos sociales en el discurso del maltratador, asumen la culpa, se sumergen en el silencio por la vergüenza y en la sinrazón de su sufrimiento.

Cuando existe un padecimiento mental severo anterior o a consecuencia de la violencia, todo este proceso de fragmentación y pérdida de confianza en sí mismas se agrava, al estigma de una violencia se le suma la violencia del estigma social por la enfermedad mental. El aislamiento alcanza cotas inimaginables.

Enfrentarnos con la violencia nos petrifica, por eso la tendencia natural es bajar la mirada, pero sin visión no hay salida a la salud. Apremia entonces un acompañamiento terapéutico comprometido, sostenido y eficaz, para ayudar a la víctima a recorrer el camino hacia la reconstrucción de su identidad a la luz de la justicia y la salud.

En el transcurso del andar terapéutico se atraviesan diversas etapas que nunca son lineales, pero que a fin de diseñar y esclarecer un modelo de intervención, se pueden estructurar en una secuencia de cuatro tiempos.

- Un primer tiempo en el que se atiende a mujeres con sospecha de haber sufrido violencia de género; se les brinda un espacio cálido, seguro, y constante en el tiempo para que puedan advertir la existencia de otro tipo de vínculo diferente a los conocidos y restablecer la capacidad de confiar en otro y en sí mismas. El respeto al tiempo que necesitan para poder sacar a la luz aquello que permanece agazapado en las sombras, es fundamental para no herir un tejido emocional reiteradamente violentado.

- Un Segundo tiempo en el que, si en la primera etapa se ha logrado establecer una alianza terapéutica, la mujer será capaz de ir desvelando las huellas de la violencia encerradas en su ser. No es fácil volver a confiar en un mundo que nos ha dañado gravemente, por ello es imprescindible la justicia y la existencia al menos de un otro que crea sin resquicio en el relato de la víctima y acuda a su rescate, estableciendo un vínculo reparador para que sea posible el proceso de recuperación de la dignidad y la energía vital.

Se trabaja desde distintos abordajes, especialmente aquellos que no priorizan necesariamente el discurso verbal de los procesos secundarios, pues los hechos traumáticos están registrados en la memoria emocional.

Se asumen los márgenes de verdad a que puede acercarse la paciente en cada momento, con especial atención a las posibilidades de repliegue y quiebre que puedan surgir al tener que enfrentarse con el horror. Es un período álgido de sufrimiento que se encarna en el cuerpo, siendo frecuentes las sensaciones de ahogo, vértigos, dolores de cabeza, embotamiento, náuseas y miedo a volverse locas.

En este caso, al trabajar en equipo, las mujeres multiplican las opciones de estrechar vínculos que las validen en sus percepciones y en su ser, facilitándose el camino del desvelamiento y la salida del silencio que tortura y desacredita la propia existencia.

- Un Tercer tiempo de re-significación de lo vivido, pues cuando se ha sobrevivido a una experiencia traumática se vuelve ineludible y beneficioso el replanteamiento del sentido de la vida, el descubrimiento de un orden más profundo que permita diseñar nuevos horizontes para nuestra existencia.

El formato grupal se erige entonces con toda su fuerza para sostener a la víctima al calor de sus semejantes y devolverla a la humanidad.

- Y finalmente un cuarto tiempo de consolidación y de toma de conciencia de su propia valía, de sus recursos para dirigirse al mundo desde la autonomía y ser dueñas de sí mismas. Reinsertarse en la sociedad con plenos derechos y satisfacción con su género. Cuando la mujer está preparada para decir NO en un sentido amplio, decir NO a su situación de víctima, es cuando empieza a decirle SI a su vida, abandonando la fragmentación identitaria y haciendo de la integración de sí misma el ancla de su existencia.

Queremos cerrar este artículo con una frase de Christian Andersen, que todos en algún momento de nuestra infancia hemos escuchado:

“Se dirigió entonces hacia ellos, con la cabeza baja, para hacerles ver que estaba dispuesto a morir. Y entonces vio su reflejo en el agua: el patito feo se había transformado en un soberbio cisne blanco...”

Hans Christian Andersen, *El patito feo*.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

HERMAN, J. (1992) Trauma y recuperación – Como superar las consecuencias de la violencia, Madrid, Espasa Calpe.

HIRIGOYEN, M.F. (2006) Mujeres maltratadas – Los mecanismos de la violencia en la pareja, Madrid, Ediciones Paidós - Colección Contextos,

BOURDIEU, P. (2003) La dominación masculina, Barcelona, Anagrama.

CYRULNIK, B. (2001) La maravilla del dolor. El sentido de la resiliencia, Barcelona Ed. Granica.

ROGERS, C. R. (1981) El proceso de convertirse en persona, Barcelona, Paidós.