

La voz de los que escuchan: trabajo clínico en violencia conyugal desde la perspectiva de los terapeutas.

The voice of the listeners: clinical work in domestic violence from therapists' perspective.

Cristina Garré Castañero¹

El presente trabajo de investigación está centrado en los terapeutas que han trabajado en atención clínica de personas que consultan por violencia conyugal. Se realiza una investigación de tipo cualitativo, cuyo diseño está basado en el enfoque biográfico y utiliza la técnica del relato de vida. Se realiza una codificación abierta de los contenidos vertidos en entrevistas semi-estructuradas, construyendo categorías emergentes que organizan los significados en torno a las motivaciones para el trabajo en violencia, los aprendizajes, y los efectos de ser testigo. Se concluye que en la experiencia subjetiva de los terapeutas coexisten aspectos enriquecedores y desgastantes: se producen isomorfismos respecto a la experiencia de los usuarios a quienes atienden, pero también se genera una construcción permanente de conocimiento, a pesar de no ser reconocido ni sistematizado. Palabras clave: terapeutas - violencia conyugal - efectos de ser testigo

This research is focused on therapists who have worked providing clinical care to sufferers from domestic violence. A qualitative approach is carried out, with a design based on the biographical approach, using the life story technique. The content of semi-structured interviews was coded using an open coding method, building categories that organize the meanings regarding the motivation to work in the field of violence, the learnings, and the effects of becoming witnesses of violence. It was concluded that in the subjective experience of therapists rewarding and stressing factors coexist, generating ambivalence regarding their future in the field.

Keywords: therapist – domestic violence – effects of being witness

Recepción del Artículo 26 de enero de 2016. Aprobación del artículo 10 de mayo 2016

¹Docente Universidad de Viña del Mar. Magister Universidad de Valparaíso. Correo electrónico cristina.garre@uvm.cl

Introducción

La violencia conyugal permaneció invisibilizada en Chile hasta comienzos de la década de 1990, cuando por primera vez se generó un espacio desde el Estado para implementar programas destinados a la sensibilización, prevención y tratamiento de este problema. El mayor impulso para la creación de equipos de trabajo destinados a intervenir en estos casos llegó a partir de la promulgación de la primera ley que sancionó el uso de la violencia al interior de la familia, en 1994. En ese contexto se genera un mandato hacia los psicólogos, asignándoles un rol en la rehabilitación o en la reparación de quienes han vivido en una relación de violencia conyugal, y situándolos así en un espacio cercano al límite entre la terapia y el control social (Ministerio de Justicia, 1994).

A lo largo de los veinte años que han transcurrido desde esa incorporación masiva de terapeutas al trabajo en violencia, la literatura ha ofrecido distintos enfoques para describir y explicar las dinámicas en que surge y eventualmente se erradica esta violencia. Por su parte, la investigación se ha centrado en los aspectos epidemiológicos asociados a la misma o en las experiencias de las personas afectadas, pero poco se sabe acerca de la experiencia de los terapeutas, que parece enfrentar una invisibilización similar a la que en su momento tuvo el tema de trabajo. Dado que el contacto entre la teoría acerca de cómo intervenir en violencia y los que son considerados sus destinatarios no se realiza a través de una "máquina autoservicio", sino de una relación interpersonal, hay un actor que habitualmente se considera el fondo de la escena y que en esta investigación se busca transformar en figura: es el terapeuta quien a partir de un conocimiento teórico reflexiona, establece una relación con quien ha vivido la violencia, escucha su relato, vivencia sus efectos, y toma decisiones acerca de cómo intervenir con cada persona atendida. Los terapeutas se utilizan a sí mismos como herramienta terapéutica (Szmulewicz, 2013), y como parte del encuentro de subjetividades en que ocurre la psicoterapia, requieren tener claridad respecto a lo que les sucede en ese espacio (Carrasco & Díaz, 2011).

Diversos marcos epistemológicos han dado lugar a modelos explicativos muy distintos en torno al surgimiento y mantención de la violencia conyugal. Jenkins (1990) clasifica las

teorías explicativas señalando la existencia de algunas individuales, según las cuales la violencia se debe a la personalidad y el carácter del agresor, o bien a procesos y motivos psicológicos; otras interaccionales, que apuntan al rol funcional u homeostático de la conducta violenta en el contexto familiar; otras de desarrollo, basadas en los conceptos de aprendizaje social e identificación con el agresor; y otras socioculturales, que radican el origen de la violencia en las estructuras y tradiciones ideológicas y culturales que la utilizan y validan.

Como expresión de esta complejidad y de la diversidad de marcos epistemológicos, existen actualmente a nivel local, nacional e internacional, distintos dispositivos de atención para personas que viven violencia conyugal, con distintas visiones acerca de cómo surge el problema y cómo debe intervenir en él. Para algunos servicios el trabajo consiste en rehabilitar a quienes han sido señalados como agresores, otros centran su tarea en la reparación de quienes son distinguidas como víctimas, y otros se plantean la posibilidad de atender a la pareja en conjunto. La elección de una perspectiva teórico-explicativa en el trabajo clínico, que implica una forma de nombrar y describir la violencia, no es trivial: "Toda proposición, toda interpretación, abre y cierra determinadas posibilidades en la vida, habilita o inhibe determinados cursos de acción." (Echeverría, 1995, pág. 43). Por tanto, las posibilidades en materia de intervención ante un mismo caso clínico cambian según las descripciones y explicaciones que las preceden.

Junto con la dimensión epistemológica, es necesario considerar otro aspecto que contribuye a contextualizar el trabajo en violencia conyugal, y se refiere a la dimensión de la articulación de saberes provenientes de distintas disciplinas en la intervención. Uno de los desafíos que han enfrentado muchos terapeutas que trabajan en este tema es el de desarrollar su trabajo en un territorio muy cercano al límite entre la clínica y el control social, donde se deben compatibilizar objetivos terapéuticos con mandatos legales. Para Demichelli y Clavijo (2002), en estos casos el terapeuta se encuentra ante un dilema y es importante que se haga cargo de la responsabilidad social que significa trabajar en ese contexto. Especialmente quienes trabajan con casos judicializados se encuentran con la paradoja de responder a un sistema y a una construcción epistemológica de la violencia como problema psicosocial y jurídico para el cual se propone una solución clínica. Esta situación genera cuestionamiento,

contradicción, descoordinación, y finalmente las posibilidades de intervenir de manera exitosa no solo se limitan sino que también se vuelven difíciles de definir.

Otro ámbito en el que se evidencia una falta de consistencia entre niveles lógicos es el que abordan Páez y Asún (2000), quienes señalan que los programas de trabajo que se implementan desde las políticas públicas suelen partir de marcos explicativos para la violencia que son abarcadores, sistémicos, ecológicos, pero sin embargo las acciones que se desarrollan generalmente se circunscriben al ámbito individual. Lo anterior genera, según los autores, un diálogo de sordos, y explica los modestos resultados que se obtienen.

Desde el enfoque posmoderno, "la existencia de verdades múltiples y de la construcción social de estas verdades ha puesto énfasis en la mutualidad y reciprocidad del proceso terapéutico más que en el anonimato del terapeuta" (Szmulewicz, 2013, p. 62), dando cuenta de que el emocionar y el cambiar en la terapia no es unidireccional sino que incluye a ambas partes. Varios terapeutas que relatan su experiencia en el libro "Bedtime stories for tired therapists" (Anderson, 1995) destacan cómo su vida ha cambiado a través del trabajo de hacer terapia, especialmente cómo sienten que han sido enriquecidos por ese trabajo. Incluso conocer historias de mucho dolor les ha resultado inspirador a partir de la capacidad de resiliencia que las personas afectadas muestran para salir adelante, superando abandonos, abusos y maltratos. Myers-Avis (en Anderson, 1995) señala que ha aprendido claramente que puede acompañar a sus pacientes tan lejos como haya llegado consigo misma, porque su experiencia le ha mostrado que el trabajo y la vida del terapeuta siguen caminos paralelos.

Las implicancias del trabajo de atención de casos de violencia conyugal se relacionan con dos aspectos: la naturaleza del tema, y el contexto institucional en el que se realiza.

Velázquez (2012) plantea que asistir a una persona que relata su experiencia de haber vivido violencia significa transformarse en "testigos centrales de las escenas violentas en la instancia de encuentro con quienes consultan" (pág. 133). El relato inicialmente es vertido desde una suerte de estado de trance (Perrone & Nannini, 2007), reactivando imágenes y emociones experimentadas en los episodios de violencia desde una disociación, un bloqueo del pensamiento, y con dificultad para integrar la experiencia. Al escuchar lo que quien consulta

expresa desde el lenguaje de la palabra, y también desde la narrativa no verbal, el testigo construye una narrativa visual de lo sucedido. Con toda la información proveniente de las palabras, gestos e imágenes, el profesional-testigo debe evaluar la situación y generar las condiciones para una intervención adecuada.

Como señalan Kowlaskys y Gómez (1998), el terapeuta debe enfrentarse a las consecuencias del dolor que un ser humano ha provocado a otro, y para poder ayudarlo "no puede ni alejarse del impacto emocional pues no logra comprender cabalmente al paciente pero tampoco puede quedar paralizado por el horror" (pág. 317). Se trata entonces de encontrar la distancia adecuada para operar profesionalmente, y cuando eso no se logra pueden producirse según Velázquez (2012) tres tipos de respuestas inadecuadas: negación, sobreidentificación y omnipotencia. Cuando hay dificultad para contactarse con el sufrimiento del otro surge la negación o evitación, que minimiza o banaliza los efectos de la violencia y expone al otro a sensaciones de desamparo e injusticia. Cuando la empatía cede lugar a la sobreidentificación, el profesional resulta invadido por la vulnerabilidad del otro y comienza él mismo a pensar y sentir como víctima, limitando notablemente su capacidad de intervención. Cuando por el contrario, el profesional opera desde la ilusión de omnipotencia, se convence de que su intervención es la única que puede ser útil y desvaloriza no solo el rol que pueden jugar otros actores de la red institucional y social, sino también los recursos de la misma persona que consulta, que él debería visibilizar y potenciar. Ante cualquiera de estas respuestas inadecuadas, la efectividad de la intervención disminuye y el profesional queda expuesto a la frustración e impotencia. Para encontrar la distancia adecuada "no es suficiente conocer sobre la temática de violencia sino que también es necesario saber sobre sí en relación a esos efectos" (Velázquez, 2012, pág. 140), lo que le permitirá estar atento a la forma en que el relato acerca de la violencia resuena y le afecta.

Así como la escucha del relato de una víctima puede generar emociones intensas en el terapeuta, trabajar con quien ha ejercido la violencia requiere "tener el valor de entrar en contacto con el lado más oscuro de la naturaleza humana" (Madanes, 1997, pág. 130). Lizana (2000) señala que el escuchar los relatos de los hombres que han ejercido violencia puede generar rabia o molestia, y esto atenta contra la necesidad de generar un espacio no violento de relación en la terapia.

Velázquez (2012) plantea que la exposición prolongada a los relatos de violencia configura en el terapeuta lo que ella denomina "los efectos de ser testigo", y que se traducen en manifestaciones psicofísicas que habitualmente no se consideran relacionadas con el trabajo, sino que pasan a ser lo que denomina "invisibles de la práctica" (pág. 81). Los terapeutas suelen experimentar angustia, temor e incertidumbre ante los relatos, y comienzan paulatinamente a tener dolores corporales, problemas con el funcionamiento de la presión arterial, el sueño, la digestión y la sexualidad. Según Guerra (2007), el concepto de victimización secundaria es útil para describir los efectos nocivos del trabajo de escuchar relatos de experiencias traumatizantes. El mencionado autor recoge lo planteado previamente por Figley (2002, en Guerra, 2007) según quien la Victimización Vicaria o fatiga por empatía corresponde a las conductas y emociones que surgen como consecuencia de enterarse de un hecho traumático experimentado por un otro significativo. Los síntomas para la víctima directa del trauma incluyen la reexperimentación del suceso traumático, evitación o embotamiento ante el recuerdo de lo vivido y activación persistente, traducida principalmente en dificultades para dormir y concentrarse, irritabilidad, hipervigilancia y activación fisiológica ante estímulos. En el caso de quien sufre estrés traumático secundario, la sintomatología se traduce, según Cazabat (2002, citado por Guerra, 2007) en la reexperimentación del hecho traumático cuyo relato ha escuchado, la evitación de experimentarlo personalmente, el embotamiento psíquico, la activación fisiológica, baja tolerancia a la frustración, evitación de cierto tipo de consultantes, incremento de la transferencia y contratransferencia, disminución de la capacidad para disfrutar del trabajo, dificultad para separar el trabajo de la vida personal, depresión, falta de esperanza.

Cuando las condiciones laborales no contribuyen a disminuir los efectos negativos del trabajo en un tema desgastante como la violencia conyugal, los terapeutas se exponen a desarrollar no solamente los indicadores de una victimización secundaria descritos más arriba, sino a configurar un cuadro clínico diferente, conocido como burnout. El burnout se distingue del estrés traumático secundario por su forma de aparición (Figley, 2000), ya que este último puede surgir de manera inmediata ante impacto del relato, mientras que el burnout responde a un largo período de gestación. Si bien Guerra (2007) y Figley (2000) destacan las diferencias entre victimización vicaria o síndrome de estrés postraumático y síndrome de burnout,

Velázquez (2012) señala que un elemento común entre ambos es su incidencia en la identidad profesional.

En la bibliografía se señala reiteradamente que el cuidado relacionado con el desgaste profesional tiene una dimensión individual pero debe ser ante todo una responsabilidad colectiva e institucional, dado que surge del desempeño laboral (Arón & Llanos, 2004; Morales & Lira, 2000; Moreno Jiménez, Morante, Losada, Rodríguez & Garrosa 2004; Velázquez, 2012). Sin embargo, desde las primeras publicaciones sobre el tema, Maslach (1977, citada por Velázquez, 2012) señalaba que se suele hacer una atribución individual del proceso de desgaste profesional, lo cual contribuye a que quien resulta afectado o afectada reaccione desde la autodesvalorización y profundice los efectos del mismo.

En la búsqueda de estrategias para proteger la salud de los profesionales, Morales y Lira (2000) reportan un ejercicio realizado con distintos equipos de trabajo, de distintos países, pero todos vinculados al tema de la violencia, buscando una "receta" para generar planes de cuidado. Las dimensiones que los equipos incluyeron en esos planes se resumen en cuatro aspectos a contemplar: el institucional, que se refiere a las condiciones de trabajo (infraestructura, estabilidad laboral, remuneración adecuada, cobertura previsional y de salud); el de la identidad social, donde se releva la necesidad de reconocimiento al trabajo y diferenciación entre los distintos actores involucrados en él (según profesión y experiencia); el del impacto emocional, vinculado a los efectos emocionales del trabajo y la traumatización secundaria; y el de la sociabilidad, que incluye los aspectos lúdicos y recreativos de las relaciones al interior del equipo.

Por su parte Guerra (2007, tomando los aportes de Cazabat, 2002), señala que algunos aspectos que contribuyen a disminuir el impacto emocional del trabajo en violencia serían el dar y recibir supervisión, capacitarse en el tema y usar el humor al interior del equipo. La responsabilidad por generar los espacios para los dos primeros aspectos claramente recae en el nivel institucional, dado que supone una distribución del tiempo de trabajo, siendo un factor importante la cantidad de pacientes a atender (Moreno Jiménez et al., 2004). Velázquez (2012) también destaca el valor de la capacitación permanente, el intercambio de experiencias al interior de los equipos y el trabajo en red. En relación con la capacitación, señala que no solamente debe incluir aspectos teóricos acerca de la violencia, sino también informar acerca

de los efectos que genera trabajar en el tema. En el ámbito de la supervisión, Ravazzola (2005) plantea que los terapeutas deben revisar lo que ella denomina sus creencias y sus "cegueras", respecto a la violencia y los temas relacionados: la familia, el amor, lo público y lo privado, el poder. Según esta autora, esas creencias influyen en las decisiones e intervenciones de los profesionales, y pueden hacer la diferencia entre validar o cuestionar las justificaciones a la violencia, evidenciándose por ejemplo en la forma de plantear preguntas o proponer alternativas.

Los antecedentes empíricos revisados aportan varios aspectos relevantes a tener en cuenta en el contexto de la presente investigación. En primer lugar, la falta de información respecto a lo que significa trabajar en violencia conyugal, debido a la escasa investigación disponible específicamente acerca de este aspecto del trabajo. La mayor parte de la investigación referente a violencia conyugal se centra en prevalencia, evaluación de programas, o en la experiencia de los usuarios. Seguidamente, los antecedentes revisados muestran que existe un importante desgaste en los terapeutas que trabajan en temas de alto impacto (Barraza, Caamaño, Carreño, González & Villavicencio, 2005; Guerra, 2007; Rosentreter, 2013; Velásquez, 2012), respecto de los cuales además se declara reiteradamente que han recibido escasa formación a nivel de pregrado. A esto hay que añadir también que muchos terapeutas se encuentran ante la experiencia de atender casos de violencia conyugal sin haberlo anticipado, como en el caso de los más de 400 psicólogos que se desempeñan en atención primaria invitados a participar en una investigación realizada por Scharager y Molina (2007). A la falta de preparación se suma la sobrecarga de trabajo que aparece reiteradamente en los estudios revisados, y también las condiciones de trabajo desfavorables, todos elementos que fueron señalados en el marco teórico como factores de riesgo para generar desgaste profesional. Las respuestas ante el desgaste quedan generalmente a cargo de la iniciativa individual de los terapeutas, sin que las instituciones tomen medidas para implementarlas de manera sistemática (Betta Olivares, Morales, Rodríguez & Guerra, 2007). Cabe destacar también que los estudios generalmente no abordan los eventuales aportes o efectos positivos de trabajar en esta área, a excepción del que realizan Barraza et al. (2005). En definitiva, la importancia que se asigna desde la teoría a la persona del terapeuta como elemento central del trabajo clínico ha sido escasamente abordada en la investigación empírica, y en ella hay poco espacio para recoger la experiencia subjetiva de este actor fundamental. Por tanto, la pregunta

de investigación es: ¿cómo es la experiencia de trabajar en violencia conyugal, desde la perspectiva de los terapeutas?

Método

Considerando que el objetivo que la presente investigación persigue se centra en construir conocimiento acerca de la experiencia subjetiva de los terapeutas que trabajan en violencia conyugal, se requiere entonces conocer el punto de vista de los actores. Se trabaja por tanto en el marco del paradigma cualitativo, específicamente desde el enfoque biográfico, que según Correa (1999) es una aproximación al conocimiento que implica "una opción epistemológica, ética y metodológica" (p. 2). En el nivel epistemológico asigna valor al conocimiento singular, que a su vez se reconoce como producido en la intersubjetividad del investigado y el investigador. En el nivel ético, se rompe la asimetría entre investigador e investigado dando lugar a una relación de colaboración, y el conocimiento obtenido se considera un "saber en participación" (Correa, 1999, pág. 5). En cuanto al nivel metodológico, se privilegia la búsqueda de sentido más que de explicaciones o descripciones exactas, considerando que el sujeto está construyendo su historia al narrarla y conectando en ese acto la historia pasada con el presente y el porvenir. Es esa producción subjetiva la que tiene valor de conocimiento desde la perspectiva biográfica, y es la que se recoge en la presente investigación. La técnica elegida para recoger la información es el relato de vida, que de acuerdo a la definición de Cornejo (2006) constituye "la narración o enunciación que un sujeto hace de su vida o de fragmentos de ésta" (pág. 99).

Para seleccionar los participantes se trabajó con un muestreo teórico, que permite avanzar simultáneamente en la selección de casos, la recolección de la información y el análisis que de ella se realiza (Krause, 1995). En esta forma de trabajo, se eligió un primer grupo de sujetos a entrevistar y a partir de los resultados obtenidos y analizados se definieron focos de indagación y características de los próximos entrevistados. Como criterios de inclusión se definió que trabajaran o hubieran trabajado en programas especializados en violencia conyugal, lo que permite presumir una especialización en el tema; que tuvieran un mínimo de dos años de experiencia, considerando que en ese tiempo habrían tenido la oportunidad de generar alguna reflexión inicial sobre su trabajo; que abarcaran distintas modalidades de intervención, incluyendo atención a hombres, mujeres y parejas; que

pertenecieran a contextos institucionales del ámbito gubernamental y no gubernamental; y que fueran tanto hombres como mujeres, siendo estas tres condiciones finales pensadas como forma de recoger diversidad de experiencias. La muestra definitiva del estudio corresponde a un total de siete psicólogos, de los cuales tres son mujeres y cuatro son varones. Dos de ellos tuvieron una larga trayectoria en el trabajo en violencia pero no trabajan actualmente en el tema. Otros dos cuentan con una larga experiencia en el tema y actualmente continúan atendiendo este tipo de casos, una con dedicación exclusiva y el otro en el contexto de un servicio de atención familiar general. Los tres entrevistados restantes son los que tienen menos tiempo de trabajo en violencia conyugal (dos a tres años), y corresponden a una mujer y un hombre que se desempeñan actualmente en programas dedicados específicamente al tema y a un hombre que al momento de ser entrevistado se estaba desempeñando en el tema pero al poco tiempo se cambia de trabajo. El rango de edad de los entrevistados va desde los 27 a los 70 años.

En materia de instrumentos, se inició el trabajo de campo utilizando como técnica de recolección de datos la entrevista individual semi-estructurada, elegida para indagar a través de preguntas abiertas en los tópicos que interesan en esta investigación: los inicios del trabajo clínico en violencia conyugal, los cambios experimentados, la visión de los terapeutas sobre su trabajo. Luego de realizadas y analizadas las primeras entrevistas emergieron las primeras categorías a explorar, de manera que las siguientes entrevistas se realizan como entrevistas en profundidad donde se indaga en estos aspectos. Las entrevistas fueron registradas a través de grabación de audio y luego se hizo una transcripción textual de las mismas, la cual se envió por correo electrónico al entrevistado correspondiente dentro de la semana. Si bien no todos leyeron la transcripción, el objetivo de esta entrega fue que pudieran verificar los contenidos, solicitar editar alguna información, y además reflexionar sobre los temas abordados para retomarlos en una nueva entrevista. Cinco de los siete integrantes de la muestra fueron entrevistados en dos ocasiones, con la finalidad de ampliar los contenidos vertidos en la primera ocasión y focalizar las preguntas para tender hacia la saturación de la muestra. En los dos casos restantes solo fue posible realizar una entrevista, en un caso por haberse cambiado de empleo y en otro porque el exceso de trabajo hizo imposible destinar tiempo a un nuevo

encuentro. El total de entrevistas realizadas entonces fue de doce, y su duración aproximada fue de una hora.

Para el análisis de los datos se utilizó un análisis de contenido, agrupando la información en categorías que fueron emergiendo de los relatos obtenidos. Inicialmente se realiza un análisis de cada entrevista por separado, ampliando luego el análisis primeramente en los casos en que se realizaron dos entrevistas a una misma persona y posteriormente a un análisis transversal de la totalidad de los relatos obtenidos. De esta manera, se avanzó de manera inductiva desde el nivel de lo individual y singular, hacia la integración interpretativa de los significados vertidos por la totalidad de los participantes en la investigación.

Resultados

Los contenidos aportados por la totalidad de los entrevistados se agrupan en tres grandes categorías, que refieren a las motivaciones para trabajar en violencia conyugal, los aprendizajes adquiridos, y los efectos de trabajar en este tema.

Motivaciones para trabajar en violencia conyugal

Los resultados que arroja la investigación respecto a las motivaciones que han tenido los entrevistados para comenzar a trabajar en violencia conyugal señalan que no necesariamente los terapeutas buscaron hacerlo, ni se encontraban preparados para ello.

Solamente una de las entrevistadas señala haber estado interesada expresamente en trabajar en el tema de la violencia. Los demás terapeutas llegaron al tema de manera colateral, en el contexto de su búsqueda de inserción laboral: o bien sabiendo al momento de postular al trabajo que el tema a abordar era la violencia pero sin que fuera ese el motivo para hacerlo, o con el interés por trabajar con mujeres, sin saber que se abordaba el tema de la violencia, o llegando como estudiante en práctica a un equipo donde se hacía atención clínica a familias en general.

A pesar de no haber buscado trabajar específicamente en el tema, se despertó un interés en los terapeutas para asumirlo, dando forma a lo que podría denominarse *el desafío del inicio*. Este interés aparece en el contexto de una falta de preparación y experiencia

generalizada: la totalidad de los entrevistados reporta que no recibió formación sobre violencia conyugal en su carrera, sino que solamente se abordaron aspectos generales.

Aparecen temas afines que interesaban a los entrevistados o que hicieron que el tema les resonara como motivador una vez enfrentados a él, como la dimensión de género y sus historias personales y familiares. El tema género aparece visto en algunos casos como el interés por trabajar con mujeres o con hombres, o ligado a una inquietud de tipo cultural y política, de cuestionamiento de lo patriarcal. Asociado al género, otro elemento que se menciona es el tema del poder: "*Chile es una sociedad muy machista, con la que nunca he estado de acuerdo...*". El género aparece vinculado también a la historia personal y familia, como en el caso de una terapeuta que refiere haber crecido con sus padres separados y con una imagen de la mujer fuerte y el hombre lejano: "*yo en mí necesité un tema de integrar (...) desde lo patriarcal o desde lo matriarcal la cuestión se va a la polaridad y la no complementación*", y también de otro terapeuta que considera que su paternidad nutre la empatía hacia las mujeres que viven historias de violencia.

También aparece la violencia presente en la vida del terapeuta: "*mi propia historia, de vida, de infancia, de la violencia de mi papá, de los sufrimientos que tuvimos como hijos*". Esa experiencia motiva a trabajar con la violencia masculina, buscando que no se repitan las historias. Al igual que en los apartados anteriores, los temas que motivan a hacerse cargo de este trabajo nacen de la dimensión del terapeuta como persona.

Luego de asumido ese desafío inicial, aparecen las motivaciones para *permanecer en el* tema, entre las que se incluye la experiencia de sentirse útil, y también de sentirse recompensado al ver resultados positivos en los usuarios y usuarias.

El trabajo de equipo merece una mención por varios de los participantes de la investigación. Se lo reconoce como lugar de reflexión y como espacio de soporte a las intervenciones, especialmente las reuniones clínicas. También se destaca la importancia de las buenas relaciones al interior del equipo, la identificación con el trabajo que tienen los profesionales, y la validación pública del Programa de trabajo.

También el trabajo en red aparece mencionado como una dimensión gratificante: *"encontrarte con otros compañeros de trabajo, profesionales, colegas (...), poder juntarnos mensualmente, era una cosa tremendamente enriquecedora"*.

Aprendizajes críticos sobre violencia e intervenciones

La segunda categoría que arroja como resultado la investigación se refiere a los aprendizajes que los terapeutas han tenido a lo largo de su trayectoria en el trabajo en violencia conyugal. Esos aprendizajes provienen tanto de la teoría como de la praxis, y los terapeutas van enriqueciendo su repertorio en el ejercicio de conjugar ambas fuentes.

Ante la falta de elementos previos que les permitieran comprender y abordar el tema de trabajo, los terapeutas transitaron *desde lo autodidacta a la formación sistemática en la comprensión e intervención de la violencia*. Generalmente iniciaron una búsqueda autónoma de formación, buscando material bibliográfico o asistiendo a seminarios organizados por instituciones en las que trabajaban u otras afines. Algunos tuvieron la oportunidad de recibir un traspaso de experiencia de parte de otros colegas que llevaban más tiempo, mientras que uno de los entrevistados tuvo una experiencia diferente en su primer trabajo, donde el ambiente era percibido por él como más bien competitivo. En cuanto a la formación recibida desde lo institucional, una entrevistada expresa una opinión que resume el sentir de varios en torno a las capacitaciones señalando que *"es poco (...) lo que se invierte en la formación de los profesionales que trabajan en violencia... Yo creo que en el fondo cada una, y de manera individual, y de acuerdo a sus propias posibilidades e intereses, ha ido formándose"*. En una arista distinta de la iniciativa individual, otro terapeuta relata haber optado por realizar un proceso psicoterapéutico personal como forma de prepararse para el trabajo clínico.

Con el tiempo, algunos terapeutas accedieron a capacitación formal, en cursos especializados de postítulo. Esa formación constituyó, según describe uno de ellos, un aporte importante para ordenar el trabajo.

Junto con las herramientas adquiridas en el proceso inicial de búsqueda, los relatos muestran que *la reflexión permanente en los terapeutas y en los equipos genera cambios en el trabajo*. Algunos de los terapeutas entrevistados se integraron a equipos que ya abordaban el tema y otros comenzaron juntos con su equipo a trabajar en violencia conyugal como algo nuevo. Para los últimos la experiencia fue de ir *"¡inventando! Inventando, si en ese momento no teníamos realmente las herramientas como para, para... para poder trabajar"*. En cuanto a los primeros, los relatos muestran cómo a partir de la reflexión conjunta respecto a lo que observan en los casos los equipos deciden adaptar la intervención en cuanto a formas de atención (individual o en pareja), a lenguajes utilizados (dejar de hablar de "hombres agresores" y pasar a referirse a "hombres que han tenido conductas violentas" para ser coherentes con la idea de posibilidad de cambio), a estrategias para filtrar el ingreso de casos al Programa (privilegiando la mirada de la experiencia del equipo), y a lo que se consideran metas válidas para el trabajo: *"para nosotros como equipo es mejor que haya menos hombres egresados pero con una mejor calidad del programa"*.

Un resultado significativo de los aprendizajes es que los terapeutas han construido su propia opinión respecto a la utilidad de atender parejas. Uno de ellos señala que al momento de hacerlo no contaba con un soporte teórico que advirtiera respecto a la conveniencia o no de esa modalidad de atención: *"Se dice que no deben juntarse (...) Pero resulta que como nosotros éramos bien ignorantes, y (...) los juntábamos"*. Otro terapeuta menciona que en su caso conocía la recomendación de no hacer terapia de pareja en casos de violencia conyugal, pero se cuestionaba su validez considerando sobre todo la falta de recursos *"si no había otro profesional que los atendiera, y si yo estaba solo (...), tenía que remar nomás con lo que tenía"*.

Respecto a la pertinencia de realizar tratamiento individual o grupal, los terapeutas presentan los argumentos que han recogido de sus reflexiones en cuanto a fortalezas y debilidades de cada abordaje. Por un lado, una terapeuta se ha ido formando una opinión en torno a que la terapia individual tiene un posible efecto de perpetuar el aislamiento de las mujeres: *"siento que la terapia individual fomenta este encubamiento que hacen ellas de su persona en relación a su hogar..."*. Para esta terapeuta, el trabajo individual solamente debe ser un comienzo, en la etapa de acogida, de búsqueda de soluciones concretas, y el fuerte del

proceso debe realizarse en grupo. Por otro lado, otro terapeuta señala que en su opinión cuando la etapa individual es demasiado breve deja temas sin resolver para los usuarios. En definitiva, los terapeutas reconocen que ambas formas de intervención tienen su utilidad, y *"uno en la práctica va como, como... amoldándose su estilo"*.

Un ámbito de aprendizaje reiteradamente mencionado se relaciona con el rol del terapeuta en la intervención en violencia. Una entrevistada relata que inicialmente su disposición a entregarse a las necesidades de las usuarias era total, y hoy lo califica como *"una parada (...) absolutamente mariana, me faltaba el aura"*. Otra terapeuta señala: *"una de las cosas que he aprendido acá es que yo no puedo crearme salvadora del mundo"*, y destaca la importancia de tener una actitud menos asistencial en el trabajo: *"te das cuenta que hay cambios mucho más significativos que si te mantienes al otro lado"*.

También se recoge experiencia en relación con la conducción de las sesiones; al respecto aparece tanto *"la batalla por la estructura"*, donde se señala que el terapeuta *"no puede estarse arriesgando a que de repente te sobrepasen en la terapia"*, como la necesidad de generar espacio para la expresión emocional, de manera que *"tanto el agresor como la persona agredida se puedan contactar con la emoción de lo que significa el hecho de la violencia. De ser agredido o de ser agresor. Eso es fundamental"*. Para lograr esto el terapeuta necesita estar preparado, y en ese sentido un entrevistado opina que *"más que yo haya aprendido alguna teoría, o alguna técnica que me haya ayudado a manejarme mejor, no, creo que ha sido más mi trabajo personal, de... de aprendizaje"*. Por eso considera que un terapeuta que quiera trabajar en este tema debe conocerse a través de su propio proceso terapéutico, *"porque acercarse a la violencia sin revisarse su propia violencia puede ser súper violento también. Para ellos y para los que van a atender también"*.

Muy de la mano con el cambio hacia una visión no asistencial del rol del terapeuta, los entrevistados fueron cambiando a lo largo de su trayectoria la visión respecto a los usuarios y usuarias con quienes trabajan. En los relatos señalan haber aprendido a ver y valorar los recursos de las personas que consultan: *"así venga aquí toda desarmada, o sea, en el fondo, ella no es una víctima"*. También refieren que han tenido que intencionar una forma de relación que les permita cambiar la posición de inferioridad o dependencia en que se sitúan las

personas al llegar a consultar. Una terapeuta que trabaja con mujeres lo ejemplifica al usar la frase "yo no soy su tía, soy Pamela... Y ni siquiera de «usted», no: de tú a tú, somos mujeres, adultas ambas", y uno de los terapeutas que trabaja con hombres señala: "nos hemos dado cuenta con el tiempo, de que nosotros no somos sus padres, no somos sus mamás (...), son puros hombres adultos (...). Entonces la responsabilidad es de ellos (...). Porque al final, estamos trabajando con libertades, y eso es lo importante".

Efectos: huellas ambivalentes del trabajo en violencia conyugal

Los terapeutas reconocen variados costos de trabajar en este tema. Describen aspectos muy relacionados entre sí, como el desgaste emocional, el agotamiento, el burnout. Éstos están relacionados con los efectos de ser testigo de violencia, las condiciones laborales, la falta de cuidado de equipos y presiones institucionales. Los terapeutas trabajan expuestos a riesgo, cuestionamiento y frustración, y sin tiempo para sistematizar experiencias o alejarse parcialmente del tema. Por otra parte, también reconocen aspectos positivos a partir del trabajo, en términos de crecimiento personal y profesional.

Al describir el efecto del *desgaste emocional*, los terapeutas muestran tener conciencia de estar en un área de trabajo que los expone: "uno sabe también que es parte del trabajo y del desgaste que implica un tema como este". Las historias de dolor están tanto en los relatos de las personas que consultan en calidad de víctimas como en las de quienes han ejercido la violencia, y trabajar con estos niveles de daño genera agotamiento en los terapeutas. Los signos de este agotamiento se hacen sentir en el trabajo y también en la vida personal, como reporta una entrevistada: "he pasado períodos que duermo mal, que me agoto, que estoy más irritable, que siento que en el fondo se me hace super pesado atender tres mujeres en el día ponte tú".

La complejidad de los casos añade dificultad al trabajo: "gente igual, cruzado por otros temas, con escasos recursos, con poca adherencia, con poca, a veces con poca motivación...". Una experiencia recurrente que contribuye al desaliento es que las personas abandonan los tratamientos: "cuando tú ves un caso de una mujer que vive violencia grave, que está en riesgo

vital, y sientes tú que vas avanzando con ella y que va por buen camino y de alguna manera después deserta. Eso te desalienta!". También aparece como tema asociado a la violencia conyugal el sufrimiento de los niños, del que el terapeuta toma conocimiento y para el cual no siempre hay respuesta desde el sistema: "están todos los sistemas saturados. Tú no tienes a dónde mandarlos. Y eso, eso angustia".

En el caso de una de las entrevistadas, la suma de dificultades para lograr resultados en las intervenciones se configuró para que finalmente decidiera dejar el lugar de trabajo: *"en algunos momentos sentí fuertemente una sensación de impotencia (...) de estar quemada en el trabajo".* Así como esta terapeuta terminó renunciando, otro terapeuta señala: *"yo no sé hasta cuánto más esté aquí".*

Adicionalmente, algunos señalan el cuestionamiento como otro elemento que contribuye al desgaste. Por un lado hay un cuestionamiento en la vida personal respecto a los mismos temas abordados en el trabajo, *"con tus hijos, te ves reforzando estereotipos que hace dos días lo leíste en un libro, y... y es agotador, que además de ver para afuera, te estás mirando tú, todo el tiempo, todo el tiempo, en tu quehacer diario".* Por otro lado, también aparece el cuestionamiento a la forma en que se plantea la intervención, *"porque se sigue reiterando y repitiendo el mismo modelo patriarcal en términos legales, o sea son las mujeres las que deben (...) someterse a esta situación de salir del hogar porque viven una situación de riesgo, y sin embargo los hombres hasta que no se pruebe que son realmente culpables siguen... aparentemente sin un costo".*

Tal como señalan los autores revisados, los relatos de los terapeutas muestran que al desgaste propio de trabajar en un tema complejo y doloroso se suma la influencia de las condiciones laborales: *"aquí no hay seguros! No tenemos Isapre, no tenemos salud, no hay nada! Desde lo institucional, porque trabajamos a honorarios".* Se plantea la paradoja respecto a las condiciones en que se trabaja desde un servicio público que busca promover la dignidad de las personas: *"hay como un doble estándar. (...) trabajamos defendiendo los derechos de otras personas, dónde están los nuestros, que sí son permanentemente vulnerados por la institucionalidad. Y de vuelta te dicen bueno, si no le gusta váyase!".*

Otro aspecto de las condiciones laborales es la sobrecarga de trabajo a la que están sometidos varios de los entrevistados: *"estái súper presionado porque tenís que tener más casos, que tenís más pega, entonces tampoco podís hacerlo tan dedicadamente"*. Las demandas que vienen de otras instituciones contribuyen a aumentar la sobrecarga de trabajo: *"del Tribunal a nosotros nos piden evaluaciones (...) Y esos informes son muchos. (...) significa hacer una a dos entrevistas, preparar el informe, y enviarlo con tres días de anticipación. Y con media jornada"*. Uno de los entrevistados relata que la sobrecarga de trabajo incluso traspasa su vida personal: *"¿Cuándo no me ha gustado estar acá? Cuando me veo un día domingo haciendo informes en mi casa. Porque el lunes o el martes es la audiencia. Porque en general acá si yo... de mis 20 horas de trabajo dejara... tres, cuatro horas, para hacer informes, son cuatro horas que pierdo"*.

Los entrevistados mencionan además que estos problemas relacionados con las condiciones laborales contribuyen a generar una alta rotación de profesionales en los equipos: *"hay mucha rotación, mucha, en los Centros. (...) Y no se van a una oferta laboral mejor, no: están chatos como del trato... de las malas prácticas... de la sobrecarga de trabajo"*.

A la falta de recursos de las instituciones también se suman limitaciones que se relacionan con los marcos que las rigen, y que restringen el abanico de intervenciones posibles. Estas limitaciones redundan en que los profesionales experimenten frustración al sentir que se hace difícil intervenir exitosamente: *"este sistema queda corto (...) todo el sistema de justicia, la fiscalía, los tribunales, los carabineros, muchas veces no facilitan tampoco el trabajo del Centro"*. La sensación es que *"el sistema no te acompaña"*.

Otro factor que los terapeutas consideran que atenta contra la posibilidad de generar intervenciones efectivas es el enfoque asistencialista de las políticas públicas y sus diversos programas *"que no permite la autonomía, la proactividad de estas personas"*, y también el diseño de los mismos programas de trabajo en violencia conyugal, *"porque no toma, no considera (...) que quizás los períodos de tiempo de la intervención se alarguen, porque van pasando muchas cosas!"* La entrevistada se refiere a que las indicaciones son ingresar a las usuarias, intervenir un tiempo determinado y egresarlas, sin considerar el carácter cíclico de la violencia conyugal.

En el contexto de las dificultades para conseguir los objetivos deseados se generan presiones y roces institucionales. Una experiencia recurrente es la de tener que rendir estadísticas frente a los supervisores, a quienes *"les interesan más los números, no tanto el proceso, no tanto la calidad del proceso"*, y *"siempre que necesitan algo es para ayer y de mala forma"*. También se les exigen respuestas desde el sistema judicial, si bien no hay una dependencia jerárquica: *"¡quiero que me digan qué pasa con este caso! ¡lo que pasa es que el Juez tiene que resolver!"*. Finalmente también reciben solicitudes de otras instituciones de la red, que en algunas ocasiones piden y en otras cuestionan el aporte de los profesionales que trabajan en violencia conyugal: *"también tenemos roces con otras instituciones. Por ejemplo un Hogar, donde ahí están los hijos de estos padres que asisten al Centro de Hombres y Centro de la Mujer"*.

Un costo importante de este trabajo es estar expuesto a la violencia. Por un lado existe la violencia indirecta, de escuchar permanentemente relatos vinculados al maltrato por parte de víctimas o victimarios, y también el riesgo concreto de recibir personalmente una agresión, física o verbal. Al desarrollar el primero de estos aspectos, un terapeuta señala que *"estar escuchando todo el día relatos de hombres que maltratan física, psicológicamente, sexualmente, a sus parejas, es super desgastante"*, y le preocupa que *"estar expuesto a esos temas y a esos relatos te mueve sensibilidades, y hay cosas que a unos le pueden afectar más que otros"*. En cuanto al riesgo de recibir violencia directa, hay experiencias de violencia verbal *"me pasó por lo menos con una... usuaria que era pareja de un hombre, y se puso... soez, agresiva"*, usuarios que comienzan a ofuscarse en el contexto de una atención *"hombres que se han parado de la silla, furiosos, así como "¡usted me está atacando!"*, e incluso amenazas: *" los informes se leen en el Tribunal, a viva voz (...). Entonces han venido acá a increparnos después... eh... nos han amenazado... a mí me han amenazado en la calle..."*. El riesgo aumenta con el perfil de algunos usuarios, algunos de los cuales tienen incluso historia delictual, y frente a lo cual es poco el respaldo que un profesional tiene en la atención: *"hay ciertos protocolos: nunca se debe atender solo. Siempre tiene que estar la dupla. Por efectos prácticos de tiempo, no siempre eso se hace"*.

Además de afectar al profesional que realiza la atención, la violencia es un tema contaminante para los equipos. Así lo reconocen los entrevistados, que señalan cómo afecta

las relaciones entre los colegas: *"es muy contaminante, nos peleamos muchas veces, nos peleamos nosotros mismos por (...) discusiones que se provocaban al interior del equipo nuestro"*.

La exposición y contaminación con violencia genera la necesidad de cuidado de la salud de los terapeutas, y la carencia de programas orientados a ese aspecto es otra dificultad que enfrentan en el trabajo: *"a pesar de que está establecido en todos los protocolos y todos los programas de salud mental la necesidad, el autocuidado no se realiza. O si se llega a realizar se entiende como: vamos a tomarnos un cafecito, vamos a comer, vámonos todo el día al campo... pero no se entiende (...) el autocuidado como una manera de cuidarnos también de esta contaminación"*. Aparece también la preocupación en torno a *"temas personales que a uno le pueden tocar también y despertarle ciertas heridas, que uno tiene"*. En cuanto a las razones de esta deuda en materia de cuidado, se plantea en general la falta de recursos, pero aún cuando haya fondos destinados, *"a juicio mío es insuficiente. Porque se tratan de programar autocuidados técnicos, fuera del espacio, con profesionales idóneos..."*. Otro elemento a considerar es que *"somos bastante boicoteadores del autocuidado (...) nos pasó a nosotros, que nos poníamos horas de autocuidado (...), y al final todos estábamos atendiendo a la hora que teníamos autocuidado!"*. De la totalidad de los entrevistados, solamente una terapeuta relata tener una experiencia positiva respecto al cuidado de equipo: *"hemos tenido de distintos tipos de jornada (...) desde irnos (...) a descansar y a... mirar el techo? hasta jornadas como más... más profundas, en el sentido de poner ahí sobre la mesa qué esperamos del equipo (...), como para que el equipo funcione un poco más fusionado, en el fondo más complementario, más sostenedor, de cada una"*.

Dentro del contexto de protegerse de los costos del trabajo en violencia, aparece la necesidad de darse un tiempo para alejarse de ella. Un terapeuta señala que trabaja media jornada en este tema y el resto del tiempo en temas muy diferentes, porque le parece necesario *"salirse un poquito del tema, no estar involucrado todo el día con el tema de la violencia"*. Otro terapeuta plantea que incluso dentro del mismo trabajo, es necesario a veces tomar distancia: *"llegan momentos en que uno (...) debe tener la capacidad de decir en este momento preferiría no tratar este tipo de personas, y déjenme un tiempo"*.

Otro aspecto que suma una tarea pendiente en el trabajo es que no hay tiempo para sistematizar la experiencia: *"de repente sacamos buenas conclusiones que decimos "ya, esto lo vamos a ocupar para el próximo congreso..." y queda la idea ahí, y cuándo la desarrollamos... cuándo la trabajamos..."*. Esta carencia se repite a tal punto que no se ha construido una historia en los veinte años de existencia de trabajo en violencia conyugal desde el servicio público: *"no tienen una base de datos sistematizados, o sea, no hay papeles, no hay escritos, no está la evaluación de los Centros... Es extraño, porque es como si no tuvieras historia"*.

La dimensión que complementa el efecto ambivalente de trabajar en el tema de la violencia conyugal es la del **crecimiento profesional**. Aparecen algunos reportes de experiencias positivas en relación con las instituciones en las que les ha tocado trabajar, como declara uno de los entrevistados: *"nunca he sentido limitaciones de las instituciones en las que he trabajado, nunca, nunca, nunca (...) en general no solo respeto, sino que tuve muchísimo apoyo"*. La importancia del apoyo institucional se evidencia en lo que señala otro de los entrevistados: *"yo creo que de más que yo me podría haber quemado hace rato con mi trabajo, pero... yo también siento que lo que me ha ayudado es que... es que me gusta harto, ehm... que también he tenido un colchón súper... súper protector (...), y de estabilidad y de seguridad, y de harta retribución"*.

Si bien el cuestionamiento permanente fue señalado como un costo del trabajo, *"la otra cara de la moneda, de lo mismo que te hablo, tiene que ver también en cómo tú te das cuenta en el fondo que cada uno, tiene, tiene mucha incidencia en cómo se construye la historia y el futuro también"*. Se rescata la experiencia de sentir que *"de alguna manera ahí tú algún granito de arena pones para que las condiciones de desigualdad entre mujeres y hombres, violencia, etc., cambien"*. Aparece como *"reconfortante en la medida en que tú (...) vas cambiando lenguaje, vas cambiando la forma de ver... la publicidad, vas cambiando la forma de ver cómo se relacionan las parejas, en la calle... cosas que antes no se veían, no lograbas mirarlo"*. Para uno de los varones entrevistados, la reflexión sobre la masculinidad ha significado que *"el único espacio que yo he conocido (...) de llegar el momento de compartir algo más significativo, más profundo, ha sido trabajando en violencia con hombres"*. Otro señala que ha vivido un proceso similar al que se busca en los hombres con los que trabaja:

"como nosotros pretendemos dejar instalada la duda en los hombres, de que ellos reflexionen su propio proceso, eh, es imposible que no te pase a ti también. Y en eso para mí ha sido una grata... descubrimiento".

Discusión

Los hallazgos de la presente investigación permiten establecer que la experiencia de trabajar clínicamente en violencia conyugal contiene simultáneamente tanto aspectos enriquecedores como desgastantes.

Las motivaciones de los terapeutas para comenzar a trabajar en violencia conyugal no responden generalmente a un sentido de opción por el tema, que es lo que en palabras de los entrevistados puede sintetizarse como "acercarse de manera inocente o ingenua a trabajar en violencia", encontrándose ante un tema desconocido en términos de respaldo teórico y técnico. En este aspecto hay un denominador común con lo reportado por los estudios de Barraza et al (2005), y Rosentreter (2013), en términos de falta de capacitación previa. Posteriormente, durante el ejercicio de su trabajo, los terapeutas reportan haberse sentido motivados y comprometidos con la tarea fundamentalmente a través de los logros que pueden distinguir en las personas que son atendidas, sintiéndose útiles en su trabajo y recompensados por los cambios en la vida de los usuarios y usuarias.

En materia de aprendizajes a lo largo de su trayectoria de trabajo, las narrativas de los terapeutas son ricas en historias de reflexiones y hallazgos a partir de su praxis comprometida con el usuario. Inicialmente esto se traduce en buscar de manera autónoma elementos teóricos que permitan comprender los procesos vinculados al surgimiento y mantención de la violencia en la relación de pareja, con el fin de orientar la labor terapéutica. Más adelante, los terapeutas contrastan estos mismos lineamientos con la evidencia que recogen de las historias concretas de las vidas de las personas a las que atienden, y van dando forma a una suerte de modelo propio de intervención a partir de ambas fuentes de conocimiento. Dentro del margen que la institución en la que trabajan les permite, los terapeutas van definiendo su propia versión acerca del tiempo y modalidad adecuados para realizar un trabajo exitoso con las personas que consultan. Mención especial en este sentido merece el tema de la conveniencia de atender parejas, en que varios señalaron, desde distintos puntos de partida (el desconocimiento al

respecto, el conocimiento de la recomendación de abstenerse y la indicación institucional de no hacerlo) que fueron formando una convicción propia a partir del caso a caso.

A la luz de la presente investigación, los aprendizajes que los terapeutas adquieren a través de su experiencia en el trabajo constituyen una fuente permanente y valiosa de construcción de conocimiento local, pero se requiere abordar una asignatura pendiente que es la sistematización. La presente investigación aporta una evidencia respecto a la relevancia de estos aprendizajes y su potencialidad como generadores de propuestas de intervención, y se propone por tanto que futuras investigaciones puedan focalizarse en la revisión y sistematización de aspectos epistemológicos y metodológicos que permitan dar forma a mejoras significativas en la calidad del servicio que los programas brindan y en la efectividad de las políticas públicas a las cuales responden. De esta manera que se evita además que con cada terapeuta que abandona el tema sin dejar un registro deba repetirse una y otra vez el mismo camino de búsqueda, en el que los usuarios y usuarias son quienes dejan de beneficiarse del conocimiento que no se recoge.

De la misma manera que no se espera que los usuarios y usuarias resuelvan individualmente el problema de la violencia que existe en su relación de pareja, tampoco resulta pertinente considerar al terapeuta como responsable único de la resolución de los casos. El trabajo en equipo aparece como una clave fundamental, no solamente por el aporte de diversas disciplinas a las necesidades que los usuarios presentan, sino por el aporte al terapeuta en términos de contención y reflexión: es el espacio donde se socializan las dificultades, donde se abre la posibilidad de cuestionar las lógicas de los modelos de intervención, y donde se pueden formular alternativas en conjunto. El trabajo en equipo aparece mencionado al hablar de motivaciones, como un factor que contribuye a generar compromiso y proyección laboral en el trabajo en violencia conyugal; al hablar de aprendizajes, como caja de resonancia donde se abre la posibilidad de cuestionar las lógicas de los modelos de intervención y formular alternativas en conjunto; y al hablar de efectos del trabajo, como el espacio donde generar las condiciones que permitan socializar dificultades y disminuir los efectos de ser testigo de violencia. Pensar en un terapeuta que trabaja en violencia conyugal es, entonces, pensar en un equipo que lo acompaña.

Dentro de los efectos relacionados con el tema de trabajo, los terapeutas relatan acerca del agotamiento que se genera al escuchar cotidianamente relatos de dolor, miedo y desesperanza, tema que ha sido ampliamente señalado en la bibliografía (Arón & Llanos, 2004; Kowlaskys y Gómez, 1998; Lizana, 2000; Morales & Lira, 2000; Velásquez, 2012) y en los antecedentes empíricos (Barraza et al, 2005; Guerra, 2007; Rosentreter, 2013). Aparece la contaminación del equipo (Arón & Llanos, 2004) y la exposición a la violencia del relato y de la amenaza (Velásquez, 2012). Los factores que complejizan la situación y generan frustración en los terapeutas tienen que ver con la falta de soporte a la intervención (que una entrevistada grafica diciendo "el sistema no te acompaña"), carencia que redundaría en que el trabajo pierda efectividad. Algo inesperado para la mayoría de los terapeutas ha sido encontrarse trabajando no solamente atendiendo a personas que viven en relaciones que incluyen la violencia, sino también en un contexto laboral que resulta en diversos aspectos violento con los profesionales, generando una fuerte ambivalencia al tener permanentemente motivos para aumentar y para disminuir su motivación por continuar en sus lugares de trabajo.

Lo anterior resulta un escenario que presenta isomorfismos con la situación que viven las personas que consultan a estos terapeutas, similares a los que describe Liddle (1989) entre el campo de la terapia y el de la supervisión. Según este autor, pueden distinguirse pautas y procesos que se reproducen en uno y otro ámbito, y que al ser distinguidos pueden entonces ser intervenidos. En la misma línea, Elkaïm (1989) propone el concepto de resonancia para describir "una situación donde la misma regla se aplica, a la vez, a la familia del paciente, a la familia de origen del terapeuta, a la institución en que el paciente es recibido, al grupo de supervisión, etc." (pág. 16). En el caso de los terapeutas que participaron de la presente investigación, una dinámica que se observa en su trabajo clínico y que se repite en su situación laboral es la de permanecer en una relación (institucional) que no cumple sus expectativas y que genera un riesgo para su bienestar personal y profesional, en nombre de la utilidad y necesidad de su presencia y aporte para el bienestar de otros. También hay una correspondencia entre la construcción del usuario desde lo institucional como dependiente del profesional, sin considerar su agencia personal, y la construcción del terapeuta como ejecutor de un modelo de intervención establecido por un programa que emana de una política pública, donde no hay espacio para definir lo que se considera una forma de trabajo adecuada. En este

sentido cabe citar la opinión que expresa Perrone (en Barudy, Larraín & Perrone, 2000), quien señala que los terapeutas deben ser protagonistas en aportar a los programas de prevención y de tratamiento en violencia, que "deben ser concebidos por los clínicos y no por los filósofos, ni por los sociólogos, ni por los médicos de salud. Tienen que ser los clínicos los que construyan las técnicas de terapia (...) y me parece que evitaríamos enormes gastos y pérdidas de tiempo" (pág. 122).

En el ámbito de los efectos enriquecedores del trabajo, puede notarse la diferencia cuando un terapeuta cuenta con un trato respetuoso de la institución en la que trabaja, y un reconocimiento de su capacidad para definir cómo trabajar mejor. Por otro lado, y coincidiendo en parte con el reporte de Barraza et al. (2005), los terapeutas refieren que este trabajo les ha significado un crecimiento personal en términos de superar prejuicios y estereotipos de género, y sentirse contribuyendo a construir relaciones más igualitarias y sin violencia entre hombres y mujeres.

En materia de limitaciones de la presente investigación, se debe señalar que en ella no se distingue la variable género en los terapeutas, de manera que no es posible determinar si la experiencia y especialmente los efectos del trabajo en violencia son significativamente distintos para los hombres y para las mujeres. Se sugiere que futuras investigaciones puedan indagar en este sentido, dado que el presente trabajo muestra que los relatos tanto de hombres como de mujeres atendidos pueden llegar a ser altamente impactantes, y la capacidad empática para contactarse con víctimas y victimarios podría plantear desafíos distintos para ambos géneros.

También se abre un tema importante en lo que aparece en los resultados respecto a las historias previas de violencia en la vida personal de los terapeutas. Se trata de una variable respecto de la cual no se conocen sus efectos en cuanto a posible aumento de riesgo de desgaste o daño asociado al trabajo en violencia, y resultaría útil generar conocimiento en torno a ese aspecto.

Referencias

Anderson, L (1995). *Bedtime stories for tired therapists*. Adelaida: Dulwich Centre Publications.

- Arón, A. M. y Llanos, M. T. (2004). Cuidar a los que cuidan: Desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. *Revista Sistemas Familiares* N° 1-2 5-15.
- Barraza, M. E., Caamaño, A., Carreño, N., González, K. y Villavicencio, D. (2005). Estudio exploratorio descriptivo de experiencias de Psicólogos que trabajan con relatos de víctimas de violencia en Valparaíso y Viña del Mar. Tesis para obtención del título de Psicólogo. Chile: Universidad de Valparaíso.
- Barreto Martín, P. (2014). Cuidar bien, cuidarse bien. Conferencia inaugural de las III Jornadas de Humanización y Ética en Atención Primaria. *Revista de Medicina de Familia en Atención Primaria* 18 (2). Valencia, España. Recuperado de www.revistafml.es
- Barudy, J.; Larraín, S.; Perrone, R. (2000). Dinámica de la violencia. En O. Vilches. (Ed.), "Violencia en la cultura: riesgos y estrategias de intervención", (pp. 109-122) Santiago de Chile, Ediciones de la Sociedad Chilena de Psicología Clínica.
- Betta Olivares, R., Morales Messerer, G., Rodríguez Ureta, K. & Guerra Vio, C. (2007). La frecuencia de emisión de conductas de autocuidado y su relación con los niveles de estrés traumático secundario y de depresión en psicólogos clínicos. *Pensamiento Psicológico*, 3(9) 9-19. Recuperado de <http://redalyc.org/articulo.oa?id=80103902>
- Carrasco, E. ; Díaz, M. (2011). Taller de la persona del terapeuta: Supervisión grupal ICHTF. *Revista De Familias y Terapias* 20 (31) 27-34.
- Comisión Nacional de Acreditación de Psicólogos Clínicos (1992). Reglamento de acreditación. Recuperado de <http://www.acreditacionpsicologosclnicos.cl/index.php?page=reglamento>
- Cornejo, M. (2006). El enfoque biográfico: trayectorias, desarrollos teóricos y perspectivas. *Revista Psyke* 15 (1) 95-106.
- Correa, R. (1999). La aproximación biográfica como una opción epistemológica, ética y metodológica. *Revista Propositiones* 29, 25-44. Recuperado de <http://www.sitiosur.cl/r.php?id=480.#sthash.wu1PmEuP.dpuf>
- Demicheli, G.; Clavijo, C. (2002). Violencia Intrafamiliar en Chile: dilemas y desafíos para el Psicólogo Clínico que trabaja en el marco de la Ley 19.325. *Revista Terapia Psicológica* 20 (2) 1-13.
- Echeverría, R. (1995). *Ontología del lenguaje*. Santiago de Chile: Dolmen.
- Elkaïm, M. (1989). *Si me amas, no me ames*. Buenos Aires: Gedisa.

- Figley, Ch. (2000). Traumatización sistémica: el trastorno por estrés traumático secundario en los terapeutas familiares. *Sistemas Familiares* Año 16 N° 2 pp. 97-110.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la Investigación Cualitativa*. Madrid: Morata.
- Guerra, C. (2007). Atención de víctimas de delitos violentos y victimización vicaria. En V. Arredondo & E. Toro (Eds.), *Violencia sexual infantil: debates, reflexiones y prácticas críticas* (pp. 101-113). Valparaíso, Chile: Paicabí. Recuperado de <http://paicabi.cl/web/wp-content/uploads/2012/11/04.-Violencia-Sexual-Infantil-Reflexiones-y-Debates-ONG-Paicabi.pdf>
- Jenkins, A. (1990). *Invitations to responsibility*. Adelaida: Dulwich Centre Publications.
- Kowalskys, J. y Gómez, E. (2000). Cultura de la violencia: su impacto invisible en el paciente y en el vínculo terapéutico. En O. Vilches. (Ed.), "Violencia en la cultura: riesgos y estrategias de intervención" Chile: Sociedad Chilena de Psicología Clínica.
- Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos. *Revista Temas de Educación* 7, 19-39.
- Liddle, H. (1989). Supervisión sistémica: reseñas conceptuales y guías pragmáticas. *Revista Sistemas Familiares* 5 (1), 47-64.
- Lizana, R. (2000). Atención terapéutica con hombres que ejercen violencia conyugal, algunas reflexiones. En O. Vilches. (Ed.), "Violencia en la cultura: riesgos y estrategias de intervención" Chile: Sociedad Chilena de Psicología Clínica.
- Madanes, C. (1997). *Violencia masculina*. Barcelona: Granica.
- McNamee, S.; Gergen, K. (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Ministerio de Justicia (1994). Ley 19325: Establece normas sobre procedimiento y sanciones relativos a los actos de violencia intrafamiliar. Santiago de Chile: Diario Oficial, edición del 4 de agosto.
- MINSAL (1998). *Manual de Apoyo Técnico para las Acciones de Salud en Violencia Intrafamiliar*. Santiago de Chile: MINSAL. Recuperado de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/71e55238a2042745e04001011f01638a.pdf>
- Morales, G. y Lira, E. (2000) La "receta" del autocuidado: los "riesgos de equipo" en programas de trabajo con violencia. En: Vilches, O. (Ed.), *Violencia en la cultura: riesgos y estrategias de intervención*. (1a. ed., pp. 247-254). Chile: Sociedad Chilena de Psicología Clínica.

Moreno Jiménez, B., Morante, M., Losada, M., Rodríguez, R., Garrosa, E. (2004). El estrés traumático secundario. Evaluación, prevención e intervención. *Terapia Psicológica* 22 (1), 69-76. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78522108>

Organización Mundial de la Salud (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf

Páez, D. y Asún, D. (2000). Posibilidades y límites de la prevención. En O. Vilches. (Ed.), *Violencia en la cultura: riesgos y estrategias de intervención.* (pp. 59-80). Santiago, Chile: Sociedad Chilena de Psicología Clínica.

Perrone, R. y Nannini, M. (2007). *Violencia y abusos sexuales en la familia: una visión sistémica de las conductas sociales violentas.* Buenos Aires: Paidós.

Ravazzola, M. C. (2005). *Violencia familiar: actualización de recorridos teóricos y técnicos desde la terapia sistémico-relacional y perspectivas que incluyen estudios de género.* *Revista Sistemas Familiares* 21 (3) 17-33.

Rosentreter, J. (2013). *Terapia de reparación. Un acercamiento desde la praxis institucional pública en Chile.* (Tesis de Maestría no publicada). Universidad de Chile, Santiago, Chile. Recuperado de <http://tesis.uchile.cl/bitstream/handle/2250/115627/Tesis%20Jeannette%20Rosentreter.pdf?sequence=1>

Scharager, J.; Molina, ML. (2007). El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública* 22(3) 149–159. Recuperado de http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1020-49892007000800001&script=sci_arttext

SERNAM (1997). *Una reconstrucción posible. Modelo de intervención, Centro de Atención y Prevención en VIF de la Municipalidad de Santiago.* Santiago: SERNAM.

SERNAM (2000). *Política y Plan Nacional de Intervención en Violencia Intrafamiliar.* Santiago de Chile: SERNAM. Recuperado de <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/btca/txtcompleto/planvif.pdf>

SERNAM (2012). *Programa Chile Acoge. Plan Nacional de Violencia Intrafamiliar en Chile.* Santiago de Chile: SERNAM. Recuperado de http://www.sernam.cl/descargas/Plan_Nacional_2012-2013.pdf

- Szmulewicz, T. (2013). La persona del terapeuta: eje fundamental de todo proceso terapéutico. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría* 51(1) 61-69. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v51n1/art08.pdf>
- Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. España: Paidós.
- Velázquez, S. (2012). *Violencias y familias. Implicancias del trabajo profesional: el cuidado de quienes cuidan*. Buenos Aires: Paidós.
- Whitaker, C. (1992). *Meditaciones nocturnas de un terapeuta familiar*. Barcelona: Paidós.
- White, M. (2002a). *Reescribir la vida; entrevistas y ensayos*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. (2002b). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona: Gedisa.